



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПЕРМСКОГО КРАЯ**

П Р И К А З

13.04.2026

№ 34-01-03-420

**О порядке проведения
пренатального (дородового)
обследования беременных
женщин с целью выявления
хромосомной патологии плода
и врожденных пороков развития
ребенка в Пермском крае**

В целях реализации мероприятий, направленных на проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в медицинских организациях Пермского края, а также повышения качества оказания медицинской помощи беременным женщинам, снижения и предотвращения случаев перинатальной и младенческой смертности по причине хромосомных аномалий и врожденных пороков развития во исполнение приказа Минздрава России от 19 декабря 2025 года № 747н «О Порядке оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемые:
 - 1.1. Регламент организации пренатального (дородового) обследования беременных женщин с целью выявления хромосомной патологии и врожденных пороков развития ребенка;
 - 1.2. Положение о Краевом пренатальном консилиуме;
 - 1.3. Состав Краевого пренатального консилиума.
2. Руководителям медицинских организаций организовать оказание медицинской помощи в соответствии с утвержденным Регламентом организации пренатального (дородового) обследования беременных женщин с целью выявления хромосомной патологии и врожденных пороков развития ребенка.



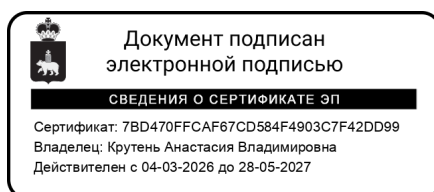
3. Главному внештатному специалисту по пренатальной диагностике Министерства здравоохранения ежемесячно до 5 числа месяца, следующего за отчетным направлять в адрес Управления по организации медицинской помощи детскому населению и родовспоможению, реабилитации и паллиативной медицинской помощи Министерства здравоохранения Пермского края объединенный отчет по пренатальной диагностике.

4. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Пермского края от 06 июня 2017 года СЭД 34-01-06-456 «О порядке проведения пренатального (дородового) обследования беременных женщин с целью выявления хромосомной патологии плода и врожденных пороков развития ребенка в Пермском крае».

5. Настоящий приказ вступает в силу через 10 дней после дня официального опубликования и распространяется на правоотношения, возникшие с 13 апреля 2026 года.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на начальника Управления по организации медицинской помощи детскому населению и родовспоможению, реабилитации и паллиативной медицинской помощи министерства здравоохранения Пермского края Долгомирову Н.В.

Министр



А.В. Крутьен



**РЕГЛАМЕНТ
организации пренатального (дородового) обследования беременных
женщин с целью выявления хромосомной патологии и врожденных
пороков развития ребенка**

1. Медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь беременным женщинам, обеспечивается:

1.1. направление беременных женщин в межрайонные кабинеты антенатальной охраны плода для проведения пренатального скрининга первого триместра беременности в сроках беременности 11 недель 0 дней – 13 недель 6 дней и для проведения пренатального скрининга второго триместра беременности в сроках беременности 18 – 20 недель 6 дней с целью выявления у плода врожденных и (или) наследственных заболеваний, признаков генетической патологии, оценки риска хромосомных аномалий, преждевременных родов, преэклампсии и задержки роста плода согласно приложения 1 к настоящему Регламенту. При направлении для проведения пренатального скрининга первого триместра беременности заполняются I и II разделы талона-направления на биохимический скрининг согласно приложения 2 к настоящему Регламенту (за исключением пациенток г. Перми, направленных в отделение охраны здоровья семьи и репродукции ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России);

1.2. направление на консультирование беременных женщин, в случае установления высокого риска после проведения пренатального скрининга первого триместра (1/100 и выше) задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии, в течении 7 дней со дня получения результатов для определения дальнейшей тактики ведения беременности с целью профилактики вышеуказанных осложнений, в том числе с использованием дистанционного взаимодействия в формате «врач-врач» посредством Единой информационной системы здравоохранения Пермского края (далее - ЕИСЗ ПК), с последующим информированием женщины о результатах консультации врачом акушером-гинекологом:

- жителей Пермского края в консультативно - диагностическую поликлинику перинатального центра ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница»;

- жителей г. Перми в консультативно – диагностическое отделение ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница им. М.А. Тверье»;

1.3. направление беременных женщин из группы высокого риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями (далее – ХА) после проведения пренатального скрининга первого триместра (1:100 и выше) в течении 7 дней со дня получения результатов в Медико-генетическую консультацию ГБУЗ ПК «Краевая детская клиническая больница» (далее – МГК ГБУЗ ПК «Краевая детская клиническая больница») для повторного УЗИ плода и комплексного расчета индивидуального риска (подтверждение высокого риска);

1.4. направление беременных женщин в сроке 11-16 недель беременности, на проведение неинвазивного пренатального тестирования – определение внеклеточной ДНК плода по крови матери (далее – НИПТ) в МГК ГБУЗ ПК «Краевая детская клиническая больница» в соответствии с Алгоритмом проведения НИПТ и инвазивную пренатальную диагностику (далее-ИПД) беременным женщинам согласно приложения 3 к настоящему Регламенту с копией полиса обязательного медицинского страхования:

1.4.1. Перед исследованием пациентка должна быть проинформирована о том, что:

- НИПТ не заменяет диагностические инвазивные тесты;

- в случае установления высокого риска хромосомных нарушений с помощью НИПТ необходимо проведение ИПД;

- пренатальный ДНК-скрининг анеуплоидий по крови матери не предназначен для выявления микроделетий/микродупликаций, мозаицизма, полиплоидии, структурных аномалий хромосом, моногенных и других генетических заболеваний, не связанных с анеуплоидиями;

- при наличии в семье ранее выявленных случаев наследственной патологии может потребоваться назначение иных видов исследований или проведение инвазивной пренатальной диагностики с целью исключения конкретных заболеваний; в этом случае семье необходимо проконсультироваться с врачом-генетиком;

- НИПТ подразумевает исследование на наличие анеуплоидий;

- отсутствие у плода нарушений по данным НИПТ не гарантирует отсутствие анеуплоидий как по исследованным, так и по другим хромосомам. Наибольшая точность исследования достигается при выявлении анеуплоидий 21-й и 18-й хромосом, тогда как точность выявления трисомии по хромосоме 13 – ниже;

- при получении невалидных результатов НИПТ (например, при низкой доле внеклеточной ДНК плода в крови матери) установление риска хромосомной патологии может оказаться невозможным; в этом случае необходима консультация врача-генетика или проведение консилиума врачей, в том числе для решения вопроса о целесообразности проведения повторного исследования или проведения ИПД.

1.4.2. для забора образца крови для проведения НИПТ. Формируется электронное направление на НИПТ (код услуги А27.20.001) в ЕИСЗ ПК, а также бумажное направление согласно приложения 4 к настоящему Регламенту и информированное добровольное согласие на проведение НИПТ/отказ от проведения НИПТ согласно приложения 5 к настоящему Регламенту;

1.4.2.1. показанием к проведению НИПТ является высокий (1:100 и выше) и средний (1:100 – 1:1000) индивидуальный риск хромосомной патологии плода по трисомии 21, трисомии 18 или трисомии 13 по результатам пренатального скрининга первого триместра.

1.4.2.2. ограничения к применению НИПТ:

- с целью выявления сбалансированных структурных аномалий хромосом, полиплоидии, моногенных и других генетических заболеваний плода, не связанных с анеуплоидиями;

- с целью выявления хромосомных микроделеций/микродупликаций (например, синдрома делеции 22q11.2 - синдрома Ди Джорджи) в связи с недостаточной валидированностью;

- с целью скрининга носительства наследственных заболеваний у беременной женщины;

- при сроке беременности менее 11 недель;

- при наличии в материнском кровотоке ДНК неразвивающегося плода в случае двойни (синдром «исчезающего близнеца»);

- при наличии у беременной женщины опухолевого заболевания, в том числе доброкачественного;

- после переливания аллогенной крови, после терапии аллогенными клетками, после трансплантации органов или костного мозга;

- при значительной массе тела (130 кг и более) или высоком индексе массы тела (30 и более);

1.4.2.3. противопоказания к проведению НИПТ:

- срок беременности менее 11 недель;

- многоплодная беременность (более двух плодов), в том числе синдром «исчезающего близнеца» или замершая беременность;

- наличие онкологического заболевания у беременной;

- недавние медицинские вмешательства у беременной (переливание

крови, трансплантация органов);

- наличие структурных аномалий (пороков развития) плода по данным УЗИ плода в рамках ПС;

1.5. при выявлении высокого риска хромосомной патологии плода по результатам проведения НИПТ, беременным женщинам проводится медико-генетическое консультирование в МГК ГБУЗ ПК «Краевая детская клиническая больница», в том числе с использованием дистанционного взаимодействия в формате «врач-врач» посредством ЕИСЗ ПК, с последующим информированием женщины о результатах консультации врачом акушером-гинекологом;

1.6. направление на консультирование беременных женщин группы высокого риска хромосомной патологии плода по результатам НИПТ в течении 48 часов с момента получения результатов с целью определения показаний и отсутствия противопоказаний для проведения инвазивной пренатальной диагностики:

- жителей Пермского края в ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница»;

- жителей г. Перми в ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница им. М.А. Тверье»;

1.7. направление на проведение ИПД до 21 недель 6 дней беременности:

- жителей Пермского края в ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница»;

- жителей г. Перми в ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница им. М.А. Тверье».

1.7.1. ИПД показана беременным женщинам:

- с высоким риском ХА по результатам НИПТ;

- с подтвержденным высоким риском ХА (1:100 и выше);

- с признаками пороков развития плода (далее – ПРП) по результатам ультразвукового скринингового исследования (скрининг первого скрининга), подтверждёнными данными экспертного ультразвукового скринингового исследования в МО 3-го уровня;

- при повышенном риске моногенной и (или) ХА (по данным анамнеза) вне зависимости от проведения пренатальных скринингов.

Показания к проведению ИПД определяют врач-генетик МГК ГБУЗ ПК «Краевая детская клиническая больница» и/или врач акушер-гинеколог и консультативно-диагностического отделения перинатального центра ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» жителей Пермского края, консультативно-диагностического отделения ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница им. М.А. Тверье» жителей г. Перми;

1.7.2. абсолютными противопоказаниями для проведения процедур инвазивной пренатальной диагностики являются:

- лихорадочное состояние беременной;
- наличие острых инфекционных заболеваний;
- наличие у женщины высокой вирусной нагрузки к ВИЧ инфекции;
- угроза прерывания беременности (аборт в ходу, кровянистые выделения из половых путей, выраженный гипертонус матки, ретроплацентарные гематомы по данным ультразвукового исследования);
- соматические или психические заболевания матери, препятствующие дальнейшему вынашиванию беременности;

1.8. направление беременных женщин в течении 7 дней со дня выявления ПРП и ХА плода на пренатальный консилиум в отделение ультразвуковой диагностики перинатального центра ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» с целью определения прогноза жизни и последующей тактики наблюдения, места родоразрешения, внутриутробной и постнатальной коррекции;

1.9. проведение пренатального скрининга третьего триместра в медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение за течением беременности, при сроках беременности 34 недели 1 день - 35 недель 6 дней с целью диагностики поздно манифестирующих пороков развития плода, крупного или маловесного плода и включает в себя УЗИ плода, ультразвуковую доплерографию маточно-плацентарного кровотока;

1.10. предоставление ежемесячного отчета о реализации мероприятий по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребенка в межрайонный кабинет антенатальной охраны плода согласно приложения 6 к настоящему Регламенту ежемесячно до 2 числа месяца, следующего за отчетным;

1.11. предоставление в течении месяца первичной медицинской документации для проведения анализа эффективности службы пренатальной диагностики при каждом случае рождения ребенка со значимым ВПР или хромосомной патологией главному внештатному специалисту Министерства здравоохранения Пермского края по пренатальной диагностике Кляусовой Е.Г. (электронный адрес: eklyausova@mail.ru).

2. В медицинских организациях, на базе которых организованы межрайонные кабинеты антенатальной охраны плода согласно приложения 1, обеспечивается:

2.1. проведение пренатального скрининга первого триместра врачами-специалистами, прошедшими повышение квалификации по проведению скринингового УЗИ беременных в первом триместре (диагностике нарушений развития плода) и имеющих действующий доступ к программному

обеспечению для комплексного расчета индивидуального риска (FМF сертификат).

2.1.1. В целях определения риска задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии при сроке беременности 11 недель 0 дней – 13 недель 6 дней беременной женщине в условиях межрайонного кабинета антенатальной охраны плода выполняется измерение роста, веса, артериального давления, ультразвуковое доплеровское исследование маточных артерий с определением пульсационного индекса, трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия;

2.1.2. забор образцов крови для определения материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина (св. β -ед. ХГЧ) в сроке беременности 11 недель 0 дней - 13 недель 6 дней в соответствии с Инструкцией по взятию и транспортировке крови для исследования сывороточных маркеров хромосомных аномалий плода согласно приложения 7 к настоящему Регламенту;

2.1.3. доставка образца крови с талоном-направлением на исследование сывороточных маркеров РАРР-А и св. β -ХГЧ у женщины в 11 недель 0 дней - 13 недель 6 дней беременности с данными УЗИ для расчета рисков хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии, оформленным по форме согласно приложения 2 к настоящему Регламенту не реже 1 раза в 3 дня в лабораторию пренатального биохимического скрининга МГК ГБУЗ ПК «Краевая детская клиническая больница»;

2.1.4. результаты скринингового ультразвукового исследования первого триместра должны быть оформлены по форме согласно приложения 8 к настоящему Регламенту, занесены в медицинскую карту пациента (электронную карту) ЕИСЗ ПК и выданы на руки пациентке;

2.2. проведение скринингового ультразвукового исследования второго триместра в сроке 18 - 20 недель 6 дней беременности в сочетании с доплерометрией маточных артерий (ПИ МА) и трансвагинальной цервикометрией, оценкой риска задержки роста плода, оценкой признаков генетических нарушений и пороков развития плода;

2.2.1. результаты скринингового ультразвукового исследования второго триместра должны быть оформлены по форме согласно приложения 9 к настоящему Регламенту, занесены в медицинскую карту пациента (электронная карта) ЕИСЗ ПК и выданы на руки пациентке;

2.3. сбор, анализ и передачу сведений о работе межрайонного кабинета пренатальной диагностики нарушений развития плода согласно приложения 6 к настоящему Регламенту в закрепленных территориях главному внештатному

специалисту Министерства здравоохранения Пермского края по пренатальной диагностике Кляусовой Е.Г. (электронный адрес: eklyausova@mail.ru) ежемесячно до 5 числа месяца, следующего за отчетным.

3. В ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» обеспечивается:

3.1. консультирование беременных в случае установления высокого риска (1/100 и выше) задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии, с целью определения дальнейшей тактики ведения беременности, дальнейшего мониторинга течения беременности и профилактики вышеуказанных осложнений, в том числе с использованием дистанционного взаимодействия в формате «врач-врач» посредством ЕИСЗ ПК, женщин группы высокого риска хромосомной патологии плода по результатам НИПТ с целью определения показаний и отсутствия противопоказаний для проведения инвазивной пренатальной диагностики;

3.2. проведение инвазивного обследования беременным до 21 недель 6 дней беременности:

- с высоким риском ХА по результатам НИПТ;
- с подтвержденным высоким риском ХА (1:100 и выше);
- с ПРП по результатам ультразвукового скринингового исследования (скрининг первого триместра), подтвержденным данными экспертного ультразвукового скрининга в МО 3-го уровня;
- при повышенном риске моногенной и (или) хромосомной патологии плода (по данным анамнеза) вне зависимости от проведения пренатальных скринингов.

3.3. транспортировка биоматериала в МГК ГБУЗ ПК «Краевая детская клиническая больница» для проведения генетической диагностики. Материал доставить в течении часа после прерывания беременности, понедельник-пятница с 8:00 часов до 13:00 часов. В случае если процедура прерывания будет проходить в выходной день или во второй половине дня, необходимо материал собрать во флакон с физиологическим раствором и хранить в холодильнике с последующей доставкой в ближайший рабочий день;

3.4. проведение еженедельного пренатального консилиума в случае подтверждения диагноза ХА и/или ПРП:

3.4.1. информация беременной о наличии ХА и/или ПРП предоставляется корректно, сообщается прогноз для здоровья и жизни новорожденного, методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства (включая внутриутробную хирургическую коррекцию), их последствия и результаты проведенного лечения;

3.4.2. на основании полученной информации женщина принимает решение о вынашивании или прерывании беременности. Заключение

размещается в медицинской карте пациента (электронной карте) в ЕИСЗ ПК и выдается на руки пациентке;

3.5. проведение методической работы по вопросам пренатальной диагностики с врачами межрайонных кабинетов антенатальной охраны плода;

3.6. госпитализация беременных женщин, проживающих в территориях Пермского края, на прерывание беременности по медицинским показаниям при пренатально выявленных ПРП с неблагоприятным прогнозом и ХА плода;

3.7. доставка плода для проведения патолого-анатомического исследования, в случаях искусственного прерывания беременности независимо от массы тела плодов и срока беременности, в ГБУЗ ПК «Краевая детская клиническая больница».

4. В ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница им. М.А. Тверье» обеспечивается:

4.1. консультирование беременных в случае установления высокого риска (1/100 и выше) задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии, с целью определения дальнейшей тактики ведения беременности, дальнейшего мониторинга течения беременности и профилактики вышеуказанных осложнений, в том числе с использованием дистанционного взаимодействия в формате «врач-врач» посредством ЕИСЗ ПК, женщин группы высокого риска хромосомной патологии плода по результатам НИПТ с целью определения показаний и отсутствия противопоказаний для проведения инвазивной пренатальной диагностики;

4.2. направление женщин на пренатальный консилиум в случае подтверждения диагноза ХА и/или ПРП;

4.3. проведение инвазивного обследования беременным:

- с высоким риском ХА по результатам НИПТ;
- с подтвержденным высоким риском ХА (1:100 и выше);
- с ПРП по результатам ультразвукового скринингового исследования (скрининг первого триместра), подтвержденным данными экспертного ультразвукового скрининга в МО 3-го уровня;
- при повышенном риске моногенной и (или) ХА (по данным анамнеза) вне зависимости от проведения пренатальных скринингов.

4.4. транспортировка биоматериала в МГК ГБУЗ ПК «Краевая детская клиническая больница» для проведения генетической диагностики. Материал доставить в течении часа после прерывания беременности, понедельник-пятница с 8:00 часов до 13:00 часов. В случае если процедура прерывания будет проходить в выходной день или во второй половине дня, необходимо материал собрать во флакон с физиологическим раствором и хранить в холодильнике с последующей доставкой в ближайший рабочий день;

4.5. госпитализация беременных женщин, проживающих в г. Перми, на прерывание беременности по медицинским показаниям при пренатально выявленных ПРП с неблагоприятным прогнозом и ХА плода;

4.6. доставка плода для проведения патолого-анатомического исследования, в случаях искусственного прерывания беременности независимо от массы тела плодов и срока беременности, в ГБУЗ ПК «Краевая детская клиническая больница».

5. В ГБУЗ ПК «Краевая детская клиническая больница» обеспечивается:

5.1. исследование образцов крови на уровень материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А), свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина (св. β -ед. ХГЧ), с комплексным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с ХА, задержкой роста плода, а также риска преждевременных родов и преэклампсии (при наличии в талоне-направлении на исследование сывороточных маркеров РАРР-А и св. β -ХГЧ (приложение 2 к настоящему Регламенту) данных, необходимых для расчета рисков хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии) в течении 7 рабочих дней с момента доставки образца крови;

5.2. размещение в медицинской карте пациента (электронной карте) в ЕИСЗ ПК в течении 2 рабочих дней заключения по результатам расчета индивидуального риска;

5.3. забор образцов крови для проведения НИПТ беременных женщин в сроке 11-16 недель беременности высокого (1:100 и выше) и среднего (1:100 – 1:1000) индивидуального риска хромосомной патологии плода;

5.4. обеспечить повторное экспертное УЗИ плода и комплексный расчет индивидуального риска (подтверждение высокого риска);

5.5. направление материала для проведения НИПТ осуществляется в медицинские организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти и исполнительным органам субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, имеющие лицензию на предоставление работ (услуг) по лабораторной генетике;

5.5.1. предоставление результатов исследования в медицинскую организацию, в которой наблюдается пациент, не позднее 19 дней от момента забора крови, путём размещения результата в электронной карте пациентки в ЕИСЗ ПК;

5.5.2. медико-генетическое консультирование женщины при выявлении высокого риска хромосомной патологии плода по результатам НИПТ, в том числе с использованием дистанционного взаимодействия в формате

«врач-врач» посредством ЕИСЗ ПК, с последующим информированием женщины о результатах консультации врачом акушером-гинекологом;

5.6. проведение современных методов пренатального кариотипирования на ворсинах хориона, околоплодных водах, пуповинной крови;

5.7. проведение патолого-анатомического исследования плодов в случаях искусственного прерывания беременности при пренатально диагностированных ХА и ПРП;

5.8. сбор, обработку и анализ данных мониторинга ХА. Ведение аудита раннего пренатального скрининга со сбором данных исходов беременностей женщин группы высокого риска ХА плода.

Приложение 1
к Регламенту организации
пренатального (дородового)
обследования беременных
женщин с целью выявления
хромосомной патологии
и врожденных пороков
развития ребенка,
утверждено
приказом
Министерства здравоохранения
Пермского края
13.04.2026 34-01-03-420

ПЕРЕЧЕНЬ
межрайонных кабинетов антенатальной охраны плода
с прикрепленными территориями, выполняющие ультразвуковое
исследование в I и II триместре беременности

№	Медицинская организация	Прикрепленная территория
1	ГБУЗ ПК «Краевая больница имени академика Вагнера Евгения Антоновича» г. Березники	Александровский муниципальный округ
		город Березники
		город Кизел
2	ГБУЗ ПК «Краснокамская городская больница»	Краснокамский муниципальный округ
		Очерский муниципальный округ
		Сивинский муниципальный округ
		Оханский муниципальный округ
4	ГБУЗ ПК «Кунгурская больница»	Кунгурский муниципальный округ
		Суксунский муниципальный округ
		Кишертский муниципальный округ
		Березовский муниципальный округ
		Ординский муниципальный округ
		Октябрьский муниципальный округ

		округ
5	ГБУЗ ПК «Больница Коми-Пермяцкого округа»	Коми-Пермяцкий округ
6	ГБУЗ ПК «Лысьвенская больница»	Лысьвенский муниципальный округ
7	ГБУЗ ПК «Нытвенская районная больница»	Нытвенский муниципальный округ
		Частинский муниципальный округ
		Большесосновский муниципальный округ
		Карагайский муниципальный округ
8	ГБУЗ ПК «Осинская центральная районная больница»	Бардымский муниципальный округ
		Осинский муниципальный округ
		Еловский муниципальный округ
9	ГБУЗ ПК «Городская больница» г. Соликамск	Соликамский муниципальный округ
		Чердынский муниципальный округ
		Красновишерский муниципальный округ
10	ГБУЗ ПК «Чусовская больница имени В.Г.Любимова» .	Чусовской муниципальный округ
		Гремячинский муниципальный округ
		Горнозаводский муниципальный округ
		Губахинский муниципальный округ
11	ГБУЗ ПК «Чайковская центральная городская больница»	Чайковский городской округ
12	ГБУЗ ПК «Чернушинская районная больница» .	Чернушинский муниципальный округ
		Уинский муниципальный округ
		Октябрьский муниципальный округ

		Куединский муниципальный округ
г. Пермь		
13	ООО «Клиника женского здоровья»	Верещагинский муниципальный округ
		Добрянский муниципальный округ за исключением первого триместра
		Ильинский муниципальный округ
		Пермский муниципальный район
		г. Пермь за исключением первого триместра
14	ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница им. М.А. Тверье»	г. Пермь за исключением первого триместра
15	Поликлиника ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России	г. Пермь
		Добрянский муниципальный округ
16	ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница им. С.Н. Гринберга»	г. Пермь за исключением первого триместра

ФОРМА
талона-направления
на исследование сывороточных маркеров PAPP-A и св. β -ХГЧ
у женщины в 11-14 недель беременности с данными УЗИ для расчета
рисков хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных
родов, преэклампсии

I. Данные о пациентке:

(заполняются по месту наблюдения беременной) | штрих-код |

ФИО беременной: _____	
Дата рождения: _____	Номер карты беременной: _____
Адрес проживания: Улица: _____ Дом: _____ Квартира: _____	
Район: _____	Нас. пункт: _____
Телефон: _____	Профессия: _____
Город: _____	Номер Ж/К: _____
ФИО врача _____	Конт. тел.: _____

II. Анамнез:

Первый день последней менструации _____

Количество беременностей (всего)

Количество беременностей
завершившихся в сроке 16-21 неделя

Количество родов (всего)

Количество родов в сроки 22-30
недель _____

Количество родов в сроки 31-36

недель _____

Количество родов после 37

недель _____

Этническая группа: _____

Курение: да; нет (подчеркнуть)

Индукция овуляции: да; нет (подчеркнуть)

Сахарный диабет: нет, 1 тип, 2 тип

Хроническая гипертензия: да; нет (подчеркнуть)

Системная красная волчанка: да; нет (подчеркнуть)

Антифосфолипидный синдром: да; нет (подчеркнуть)

Преэклампсия при предыдущей беременности (для повторнородящих):
да; нет (подчеркнуть)

Дефицит массы тела новорожденного при предыдущей беременности
(для повторнородящих): да, нет (подчеркнуть)

Преэклампсия у матери пациентки в анамнезе: да; нет (подчеркнуть)

Зачатие: естественное; экстракорпоральное оплодотворение (далее – ЭКО);
инсеминация спермой мужа; инсеминация донорская; (подчеркнуть)

Если ЭКО, указать: обычное; замороженная яйцеклетка: возраст матери
на период консервации _____ лет;

донорская яйцеклетка: возраст донора _____ лет;

Хромосомные аномалии предыдущего плода или ребенка: трисомия 21; трисомия
18; трисомия 13 (подчеркнуть)

III. Данные об обследовании

(заполняются в межрайонных кабинетах антенатальной охраны плода)

Адрес КАОП

Ультразвуковая диагностика: дата _____

Врач ультразвуковой диагностики (ФИО) _____ ID _____

Вес (кг) _____ Рост (см) _____

Артериальное давление: правая рука (2 измерения) ____/____; ____/____ мм рт ст
левая рука (2 измерения) ____/____; ____/____ мм рт ст

Количество плодов: _____

Для многоплодной беременности указать: монохориальная; дихориальная
(подчеркнуть)

КТР (мм) плод 1 ____ ТВП (мм) ____ ЧСС _____ уд/мин



Носовая кость Норма, Патология (подчеркнуть)

ПИ венозного протока ____ Трикуспид клапан: Норма Регургитация (подчеркнуть)

ЭХО маркеры ХА(подчеркнуть): АВК, голопроэнцефалия, диафрагмальная грыжа, омфалоцеле с выходом кишечника/печени и кишечника, мегацистис ____ мм, ЕАП

Другие эхо-маркеры ХА и ВПР (описать)

КТР (мм) плод 2 ____ ТВП (мм) ____ ЧСС ____ уд/мин

Носовая кость Норма, Патология (подчеркнуть)

ПИ венозного протока ____ Трикуспид клапан: Норма Регургитация (подчеркнуть)

ЭХО маркеры ХА(подчеркнуть): АВК, голопроэнцефалия, диафрагмальная грыжа, омфалоцеле с выходом кишечника/печени и кишечника, мегацистис ____ мм, ЕАП

Другие эхо-маркеры ХА и ВПР (описать)

Шейка матки ____ мм ПИ в маточных артериях ____ слева, ____ справа

Биохимический скрининг: Дата взятия крови: _____

Место для наклейки штрих-кода

ФИО и подпись медсестры ОК ПД:

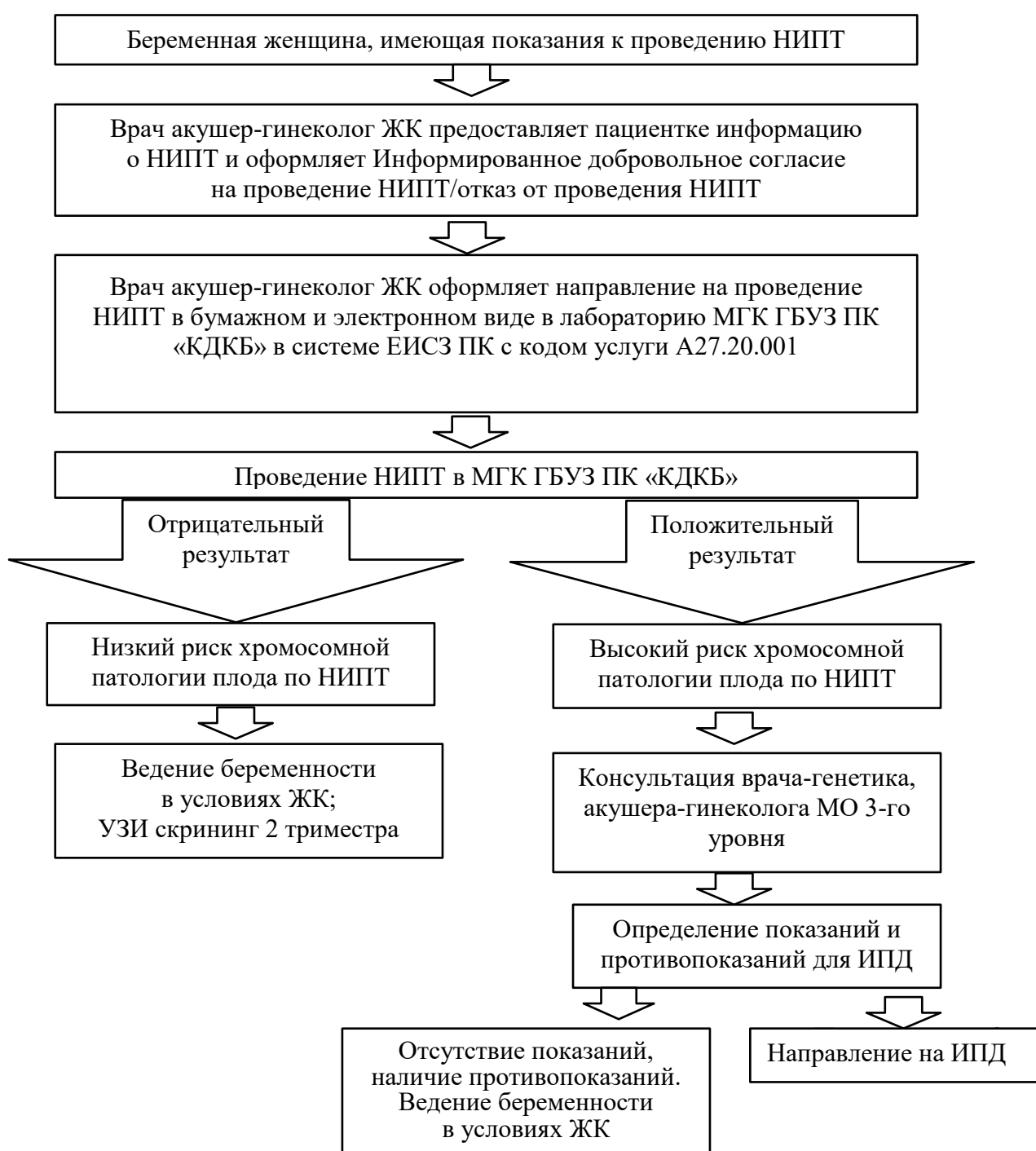
Штамп КАОП

Подпись и печать врача КАОП

Примечание:

Талон из КАОП передается в лабораторию для биохимического исследования материнских сывороточных маркеров РАРР-А и св. β -ХГЧ вместе с образцом крови беременной для расчета индивидуального риска хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии и статистического учета случаев

Алгоритм проведения НИПТ и ИПД беременным женщинам



Приложение 4
к Регламенту организации
пренатального (дородового)
обследования беременных
женщин с целью выявления
хромосомной патологии
и врожденных пороков
развития ребенка,
утверждено
приказом
Министерства здравоохранения
Пермского края

13.04.2026

34-01-03-420

Штамп медицинской
организации

**НАПРАВЛЕНИЕ
на проведение НИПТ**

(неинвазивный пренатальный ДНК-тест плода по крови матери на наличие трисомий
хромосом 21, 18 и 13 и анеуплоидий хромосом X и Y)

ФИО беременной: _____

Дата рождения: _____ Возраст: _____ Рост: _____ Вес: _____ ИМТ: _____

Адрес проживания: _____ Телефон: _____

Кем направлена: _____

Наименование медицинской организации откуда направлен пациент

Информация о беременности:

Срок беременности по КТР: _____ недель _____ дней (дата УЗИ «____» _____).

Количество плодов: _____ Если двойня: монохориальная / дихориальная (подчеркнуть).

ЭКО: Нет / Да (обвести в кружок).

Если ЭКО, яйцеклетка: своя / донорская. Замороженная яйцеклетка: Да / Нет.

Если донорская ЭКО: Возраст донора на момент забора яйцеклетки _____

Если замороженная яйцеклетка: Возраст матери на момент забора яйцеклетки _____

Наличие хромосомных патологий у плода или ребенка в анамнезе: нет; трисомия 21;
трисомия 18; трисомия 13 (подчеркнуть).

Скрининг 1 триместра: да / нет (обвести в кружок). Если «да», дата проведения _____.

Индивидуальный риск трисомии 21 1: _____; трисомии 18 1: _____; трисомии 13 1: _____

Определять пол плода (*при отсутствии отметки пол плода определяется!): Да / Нет.

Сообщать о случайных находках: Да / Нет (обвести в кружок).

Отметки о наличии ограничений на момент забора крови:

- Переливание крови в предшествующие 12 месяцев
- Проведение иммунотерапии и терапии стволовыми клетками
- Пересадка органов и тканей в анамнезе
- Наличие онкологического заболевания в анамнезе
- Синдром исчезающего близнеца при двойне

Заполняется в лаборатории при заборе крови:

Дата забора биоматериала: «____» _____ Время забора: _____ ч _____ мин

Срок беременности на дату забора крови: _____ недель _____ дней.



Медицинская сестра: _____ / _____ /



Приложение 5
к Регламенту организации
пренатального (дородового)
обследования беременных
женщин с целью выявления
хромосомной патологии
и врожденных пороков
развития ребенка,
утверждено
приказом
Министерства здравоохранения
Пермского края

13.04.2026

34-01-03-420

ИНФОРМИРОВАННОЕ
добровольное согласие на проведение НИПТ

Я, _____
Ф.И.О.
«__» _____ года рождения, зарегистрированная по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью, дата рождения полностью)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
ребенка или лица, признанного недееспособным

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка или недееспособного гражданина
полностью, дата рождения полностью)

Даю информированное добровольное согласие на осуществление следующего
медицинского вмешательства (обследования) - проведение лабораторного исследования
«Неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови
матери)» меня представляемого в _____

_____ (Полное наименование медицинской организации)
Медицинским работником _____

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены цели и методы оказания предложенной
медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских
вмешательств (взятие крови из вены), их последствия, в том числе вероятность развития
осложнений, а также предполагаемые результаты.

Я проинформирован(а) о порядке и объёме проведения исследования, сроках
готовности результата и ограничениях методики проведения исследования неинвазивного
пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери)
и осознаю показания к его проведению.

Я понимаю, что с помощью метода неинвазивного пренатального тестирования
(определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) будут проведены исследования
только в отношении Трисомии 21, Трисомии 13 и Трисомии 18.

Я проинформирован(а) про возможности других методов пренатальной диагностики
и осознаю, что неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК
плода по крови матери) не заменяет комбинированный пренатальный скрининг беременной

в 11-13.6 недель беременности и инвазивную пренатальную диагностику в случае высокого риска наличия у плода хромосомной аномалии.

Я предупрежден(а) и осознаю, что результаты исследования неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) не являются на 100% точными и не гарантируют однозначного исключения хромосомных аномалий у плода; что методом неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) невозможно исключить наличие у плода сбалансированных структурных хромосомных перестроек, малых несбалансированных структурных перестроек хромосом, мозаицизма, триплоидий и тетраплоидий, моногенных и других генетических заболеваний.

Я информирован(а) о возможностях метода по определению пола плода по крови матери и предупрежден(а), что определение пола плода может быть затруднено, а главная цель исследования данного варианта неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) – исключить хромосомные аномалии (Трисомии 21, Трисомии 13 и Трисомии 18).

Я обязуюсь проинформировать медицинский персонал обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем/здоровьем представляемого мной лица, в том числе о наличии опухолевых образований, переливании аллогенной крови, терапии аллогенными клетками, трансплантации органов или костного мозга, наличии хромосомных отклонений, проведении иммунотерапии и терапии стволовыми клетками, лечении низкомолекулярными гепаринами (клексан, фраксипарин и т.п.).

Я осознаю, что высокий риск, рассчитанный по результатам неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), не является основанием для прерывания беременности согласно законодательству Российской Федерации, и при выявлении повышенного риска по результатам неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) необходимо проведение инвазивной пренатальной диагностики с целью подтверждения полученных результатов.

Я предупрежден(а), что в редких случаях может потребоваться повторное взятие крови.

Я не возражаю, что взятые у меня (представляемого) биологические образцы, могут в дальнейшем храниться у Исполнителя для использования биоматериала в научных целях (для разработки новых методов диагностики/лечения наследственных и врожденных заболеваний). Я проинформирован(а) о том, что полученные результаты научных исследований могут быть опубликованы исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

_____ (подпись) (Ф.И.О. гражданина / законного представителя гражданина полностью)

Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о результатах неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) моим родственникам, законным представителям, гражданам

_____ (Ф.И.О. полностью, контактный телефон)

Я удостоверяю, что текст информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения от медицинских работников понятны и меня удовлетворяют.

_____ «__» __ 20__ г.
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или его законного представителя)

_____ «__» __ 20__ г.
(подпись) (Должность и Ф.И.О. медицинского работника)



**Отказ от проведения НИПТ
(определения внеклеточной ДНК плода по крови матери)**

Я, _____
Ф.И.О.
«__» _____ года рождения, зарегистрированная по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью, дата рождения полностью) являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка или недееспособного гражданина полностью, дата рождения полностью) отказываюсь от следующего медицинского вмешательства (обследования) – проведения лабораторного исследования «Неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери)» меня / представляемого мной лица.

Мне в доступной для меня форме мне разъяснены цели и методы оказания предложенной медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств (взятие крови из вены), их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты.

Мне подробно в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия моего отказа (отказа представляемого) от предлагаемого медицинского вмешательства (обследования).

Я осознаю, что отказ от медицинского вмешательства (обследования, лечения) может сказаться на исходе моей беременности / беременности представляемого мной лица, а именно привести к рождению ребенка с хромосомной патологией (Трисомия 21, Трисомия 18, Трисомия 13).

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно отказываюсь от проведения медицинского вмешательства (обследования).

_____ «__» 20__ г.
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или его законного представителя)

_____ «__» 20__ г.
(подпись) (Должность и Ф.И.О. медицинского работника)



Приложение 6
к Регламенту организации
пренатального (дородового)
обследования беременных
женщин с целью выявления
хромосомной патологии
и врожденных пороков
развития ребенка,
утверждено
приказом
Министерства здравоохранения
Пермского края
13.04.2026 34-01-03-420

ФОРМА
отчёта о реализации мероприятий
по пренатальной (дородовой) диагностике
нарушений развития ребенка
для кабинетов антенатальной охраны плода

Кабинет антенатальной охраны плода - (территория)			
ФИО врачей			
	Всего	Подозрение на ВПР	Подозрение на ХА
1 триместр			
2 триместр			
При выявлении ВПР			
ФИО пациентки	Заключение: срок беременности и ВПР		Дата направления на пренатальный консилиум



Инструкция по взятию и транспортировке крови для исследования сывороточных маркеров хромосомных аномалий плода

1. Подписать и пронумеровать вакуумную пробирку с жёлтой крышкой и гелем внутри и соответствующий ей талон-направление.

2. Забрать кровь из вены в пробирку 3-6 мл. (объём забираемой пробы обеспечивается автоматически точно дозированным вакуумом, под действием которого кровь поступает в пробирку). Содержимое пробирки необходимо перемешать, плавно переворачивая пробирку 3-4 раза.

3. Для получения сыворотки пробирку оставить при комнатной температуре не менее, чем на 30 мин.

4. Не позднее, чем через 2 часа кровь отцентрифугировать 15 минут при 3000-3500 об/мин (1500–2000g). Во время центрифугирования формируется устойчивый гелевый барьер между форменными элементами крови и сывороткой. Сгусток крови остается под слоем геля, а сыворотка – над ним.

Вакуумная пробирка и направление маркируются с помощью штрих-кода или маркировочным карандашом.

5. Кровь в вакуумной пробирке может храниться при температуре +2°C + 8°C не более 3 суток. Замораживать цельную кровь недопустимо

Доставка в лабораторию

1. Доставка вакуумных пробирок с сыворотками крови беременных женщин и направлениями осуществляется по адресу: г. Пермь, ул. Баумана, д. 22 в МГК ГБУЗ ПК «Краевая детская клиническая больница».

2. Время доставки: с 9.00 часов до 13.00 часов по будням, при невозможности ежедневной доставки – 3 раза в неделю, кроме субботы, воскресенья и праздничных дней.

3. Транспортировка вакуумных пробирок производится в сумке-холодильнике с замороженным холодильным элементом, который обеспечивает постоянное охлаждение образцов во время доставки. Холодильный элемент

замораживается вечером перед утренним использованием. При отрицательных температурах воздуха вне помещения холодильные элементы не используются.

4. Кровь, собранную после отъезда курьера, сохранять в холодильнике до очередной отправки.



Приложение 8
к Регламенту организации
пренатального (дородового)
обследования беременных
женщин с целью выявления
хромосомной патологии
и врожденных пороков
развития ребенка,
утверждено
приказом
Министерства здравоохранения
Пермского края
13.04.2026 34-01-03-420

ФОРМА
Протокола скринингового ультразвукового исследования
женщин в 11 - 14 недель беременности

Название медицинской организации, адрес ее местонахождения	
Номер исследования	Дата исследования
Ф.И.О. беременной	Возраст беременной
Первый день последней менструации	Срок беременности _____ нед _____ дней
Вид исследования - трансабдоминальный/трансвагинальный (подчеркнуть)	
Количество плодов (указать) _____	
Хориальность/амниальность при многоплодии (указать)	
Сердцебиение плода: ЧСС плода (уд./мин.) _____ (указать); отсутствует (подчеркнуть)	
Фетометрия (мм), соответствует сроку беременности:	
Копчиково-теменной размер _____ мм, соответствует _____ нед _____ дней	
Бипариетальный диаметр _____ мм, соответствует _____ нед _____ дней	
Окружность головы _____ мм, соответствует _____ нед _____ дней	
Другие фетометрические показатели (по показаниям) _____	
Толщина воротникового пространства _____ мм	
Оценка дополнительных УЗ-маркеров хромосомных аномалий	
Носовая кость: визуализируется; не визуализируется; не удалось оценить (подчеркнуть)	
Трикуспидальная регургитация: да; нет (подчеркнуть)	
Пульсационный индекс (далее - ПИ) в венозном протоке (указать) _____	
Анатомия (указать: норма, выявлены изменения, не удалось оценить)	
Голова: - череп - срединные структуры - сосудистые сплетения	Живот: - желудок - кишечник - передняя брюшная стенка - мочево́й



		пузырь
Лицо:	- глазницы - профиль	Позвоночник:
Сердце:	- ось - позиция - размеры - 4-х камерный срез	Конечности: - правая и левая рука (включая кисти) - правая и левая нога (включая стопы)
Врожденные пороки развития плода: не обнаружено (подчеркнуть); обнаружено (описать):		
Особенности строения плода: (указать)		
Хорион (плацента) преимущественная локализация: передняя; задняя; дно матки (подчеркнуть), другое (указать) _____		
Пуповина: количество сосудов (указать) _____		
Место прикрепления к плаценте: центральное; краевое; оболочечное; не удалось осмотреть (подчеркнуть)		
Область придатков, стенки матки (подчеркнуть: норма; выявлены изменения)		
Шейка матки (цервикометрия) ____ (мм)		
ПТИ в маточных артериях ____ слева ____ справа		
Визуализация: - удовлетворительная (подчеркнуть)/затруднена в связи с (указать причину): _____		
Заключение:		
Беременность ____ нед ____ дней		
Рекомендации:		
Ф.И.О. врача ультразвуковой диагностики:		

Приложение 9
к Регламенту организации
пренатального (дородового)
обследования беременных
женщин с целью выявления
хромосомной патологии
и врожденных пороков
развития ребенка,
утверждено
приказом
Министерства здравоохранения
Пермского края
13.04.2026 34-01-03-420

ФОРМА
Протокола скринингового ультразвукового исследования
женщин в 18 - 21 неделю беременности

Номер исследования	Дата исследования
Ф.И.О. беременной	Возраст беременной
Первый день последней менструации	Срок беременности ___ нед ___ дней
Срок беременности по скрининговому УЗИ в 1 триместре ___ нед ___ дней (при несоответствии гестационному сроку)	
Вид исследования (трансабдоминальный/трансвагинальный) (подчеркнуть)	
Количество плодов (указать) _____	
Сердцебиение плода: ЧСС плода (уд./мин.) _____ ритмичное, отсутствует (подчеркнуть), другое (указать) _____	
Фетометрия (оценить в мм с указанием соответствия процентильным значениям при отклонении)	
Бипариетальный размер (БПР) ___ мм (___)	Окружность живота (ОЖ) ___ мм (___)
Окружность головы (ОГ) ___ мм (___)	Длина бедра (ДБ) ___ мм (___)
Длина других костей	
Размеры плода соответствуют сроку беременности: да, нет, размеры несимметричны и не позволяют судить о сроке беременности (подчеркнуть)	
Предполагаемая масса плода ___ грамм (указать процентиль для данного срока ___)	
Анатомия (указать: норма, выявлены изменения, не удалось оценить)	
Голова: - кости свода черепа - полость прозрачной перегородки - срединные структуры - задние рога боковых желудочков: справа ___ мм; слева ___ мм - мозжечок ___ мм, (указать процентиль для данного срока ___)	Расположение внутренних органов (подчеркнуть) Нормальное (situs solitus), Зеркальное (situs inversus), Неопределенное (situs ambiguous) Сердце: - ось - позиция

- большая цистерна ____ мм	- размеры - 4-х камерный срез - срез через 3 сосуда и трахею
Лицо: - губы - профиль - глазницы - нос, ноздри	- левый выносящий тракт - правый выносящий тракт
Шея:	Брюшная полость - желудок - кишечник - почки - мочевой пузырь - область пупочного кольца
Позвоночник:	Конечности: - правая и левая рука (включая кисти) - правая и левая нога (включая стопы)
Грудная клетка:	
Врожденные пороки развития плода:	Не обнаружено (подчеркнуть) Обнаружено (описать):
Особенности строения плода: наличие эхо-маркеров ХА (подчеркнуть) укорочение длины бедренной и плечевой кости, гиперэхогенный кишечник, гиперэхогенный фокус в сердце, увеличение шейной складки, отсутствие визуализации костей носа, умеренный гидронефроз, венрикуломегалия, другое (указать)	
Плациента: - расположение: передняя, задняя, дно матки (подчеркнуть) - структура: норма, выявлены изменения (указать _____). - положение по отношению к внутреннему зеву (высоко, низко: край на ____ мм, доходит, перекрывает область внутреннего зева) Кесарево сечение в анамнезе: да, нет (подчеркнуть) Если да, перекрывает ли плацента область послеоперационного рубца: да, нет (подчеркнуть)	
Количество вод (подчеркнуть: норма, маловодие, многоводие), при изменении количества вод: ИАЖ ____ мм, либо МВК ____ мм	
Область придатков, стенки матки (подчеркнуть: норма, выявлены изменения)	
Шейка матки (цервикометрия) ____ (мм)	Количество сосудов пуповины (указать): Место прикрепления к плаценте: (подчеркнуть) центральное, краевое, оболочечное, не удалось осмотреть

Визуализация: - удовлетворительная (подчеркнуть), - затруднена в связи с _____ (указать)
Заключение: Беременность _____ нед. _____ дней
Рекомендации:
Ф.И.О. врача ультразвуковой диагностики



ПОЛОЖЕНИЕ о Краевом пренатальном консилиуме

1. Общие положения.

1.1. Пренатальный консилиум (далее – Консилиум) создается на базе перинатального центра ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница».

1.2. Консилиум в своей деятельности руководствуется законодательством Российской Федерации, нормативными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства здравоохранения Пермского края и настоящим положением.

2. Цели работы Консилиума:

2.1. совершенствование оказания медицинской помощи беременным при выявлении хромосомной патологии, пороков развития плода в части определения прогноза жизни и последующей тактики наблюдения, места родоразрешения, внутриутробной и постнатальной коррекции;

2.2. повышение качества оказания медико-генетической помощи женщинам и детям Пермского края, снижения уровня перинатальной и младенческой смертности, инвалидности, предотвращения рождения детей с тяжелыми формами врождённых пороков развития, наследственных заболеваний.

3. Задачи Консилиума:

3.1. решение вопроса о выборе тактики ведения беременности и родов, месте и сроке оказания медицинской помощи беременной и новорождённому в случае возможности хирургической коррекции;

3.2. определение прогноза для жизни и здоровья ребенка, тактики ведения беременности и родов с учётом решения женщины при выявлении врожденных пороков развития, хромосомной патологии плода;

3.3. определение показаний к инвазивной диагностике.

4. Регламент работы Консилиума:

4.1. заседания пренатального консилиума проводятся на базе отделения ультразвуковой диагностики с кабинетом пренатальной диагностики ГБУЗ ПК

«Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» еженедельно по средам (начало работы Консилиума – 8.00 часов);

4.2. беременные женщины с нарушениями развития плода (по результатам ультразвукового исследования) и/или с установленной хромосомной патологией плода по результатам инвазивной пренатальной диагностики направляются на подтверждающее экспертное ультразвуковое исследование еженедельно в среду с электронным направлением в консультативно-диагностическое отделение перинатального центра ГБУЗ ПК «Ордена «Знака Почета» Пермская краевая клиническая больница». В случае подтверждения пренатального диагноза нарушения развития ребенка беременная направляется на краевой пренатальный консилиум в этот же день;

4.3. в ходе заседания Консилиума женщине и членам ее семьи предоставляется информация о результатах обследования, наличии хромосомных аномалий (далее-ХА) и/или пороков развития плода (далее-ПРП) и прогнозе для здоровья и жизни новорожденного, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства (включая внутриутробную хирургическую коррекцию), их последствиях и результатах проведенного лечения;

4.4. при наличии ПРП, несовместимого с жизнью, или наличии сочетанных пороков с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья, при ХА, ПРП, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов эффективного лечения, включающего внутриутробную хирургическую коррекцию, предоставляется информация о возможности искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям;

4.5. по результатам Консилиума оформляется добровольное информированное согласие беременной женщины на пролонгирование или прерывание беременности по медицинским показаниям или отказ от него;

4.6. решение Консилиума и результат информированного согласия беременной, заверенный ее личной подписью, оформляются протоколом в журнале консилиума (форма произвольная), размещается в медицинской карте пациента (электронной карте) в Единой информационно системе здравоохранения Пермского края и выдается на руки пациентке;

4.7. основанием для прерывания беременности являются: согласие пациента, наличие заключения пренатального консилиума, обращение в указанные сроки.

Прерывание беременности проводится:

- женщинам г. Перми - ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница им. М.А. Тверье»

- женщинам Пермского края - ГБУЗ ПК «Ордена «Знака Почета» Пермская краевая клиническая больница».

Прерывание беременности проводится с обязательным направлением плода на патолого-анатомическое исследование в ГБУЗ ПК «Краевая детская клиническая больница».

Инструкция по отбору материала для лабораторно-генетической верификации диагноза после прерывания беременности.

В первом и втором триместре беременности:

Непосредственно в операционной произвести отбор материала – часть хориона или плаценты, тканей плода отмыть от крови физиологическим раствором. Поместить материал в отдельный флакон с физиологическим раствором, хранить при температуре до +8С. Доставить в медико-генетическую лабораторию с целью кариотипирования;

4.8. верификация пренатально установленного диагноза в случае прерывания беременности по медицинским показаниям проводится путем патологоанатомического исследования плода и/или анализа архивированных снимков;

4.9. при выявлении поздно манифестирующих нарушений развития плода (пороков развития) у плода в перинатальный период (22 недели беременности и более), а также при несвоевременном обращении для прерывания беременности женщины, с выявленными ранее нарушениями развития плода, определение дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется пренатальным консилиумом в ПКПЦ ГБУЗ ПК «Ордена «Знака Почета» Пермская краевая клиническая больница», дальнейший УЗ-мониторинг проводится там же;

4.10. в случае отказа от прерывания беременности, а также при выявленных нарушениях развития плода с возможной хирургической коррекцией родоразрешение осуществляется:

- при нарушениях развития сердечно-сосудистой системы плода, требующих оказания медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» в перинатальном центре ГБУЗ ПК «Ордена «Знака Почета» Пермская краевая клиническая больница»;

- при нарушениях развития плода, требующих оказания медицинской помощи по профилю «детская хирургия», в ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница им. М.А. Тверье». Пациентка с решением консилиума консультируется в ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница им. М.А. Тверье» в сроке беременности до 34 недель.

**СОСТАВ
Краевого перинатального консилиума**

№	Ф.И.О.	Занимаемая должность
1.	Марков А.Н.	Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница», главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Пермского края по акушерству и гинекологии
2.	Старикова И.Г.	Заведующий отделением новорожденных и недоношенных детей (2 этап выхаживания) перинатального центра ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница»
	Друженьков В.Г. (дублер)	Заведующий отделением анестезиологии и реанимации перинатального центра ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница»
3.	Трушков А.Г.	Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница им. М.А. Тверье»
	Грищук М.Н. (дублер)	Заведующий отделением консультативно-диагностического отделения ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница им. М.А. Тверье»
4.	Кляусова Е.Г.	Доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, к.м.н., главный внештатный специалист по пренатальной диагностике Министерства здравоохранения Пермского края
5.	Курилова В.И.	Заведующий медико-генетической консультации ГБУЗ ПК «Краевая детская клиническая больница», главный внештатный специалист по медицинской генетике Министерства здравоохранения Пермского края, врач-генетик
	Аликин Д.А.	

	(дублер)	Врач-генетик ГБУЗ ПК «Краевая детская клиническая больница»
6.	Науменко И.Е.	Врач ультразвуковой диагностики ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница»
7.	Валлиулов И.М.	Заведующий отделением эндоскопии ГБУЗ ПК «Краевая детская клиническая больница», главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Пермского края по детской хирургии
	дублер Лупенко Д.Ю.	Детский хирург ГБУЗ ПК «Краевая детская клиническая больница»
8.	Ханзина Е.Г.	Психолог ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница»
9.	Рачева О.К.	Юрист ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница»
	Земенков Д.М. (дублер)	Юристоконсульт ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница»
10.	Иванюк Г.Ю.	Заведующий женской консультацией перинатального центра ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница»
11.	Калашникова Е.И.	Заведующий кардиологическим отделением ГБУЗ ПК «Краевая детская клиническая больница», главный внештатный детский кардиолог Министерства здравоохранения Пермского края
	Биянов А.Н. (дублер)	Детский кардиолог кардиохирургического отделения №4 ФГБУ «Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии имени С.Г. Суханова», к.м.н.
12.	Шехмаматьев Р.М.	Заведующий кардиохирургическим отделением №4 ФГБУ «Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии имени С.Г. Суханова».
13.	Крылов В.Л.	Заведующий нейрохирургическим отделением ГБУЗ ПК «Краевая детская клиническая больница»