

# КП № 2 ПРЕНАТАЛНА ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА НА БРЕМЕННОСТТА И ИНТЕНЗИВНИ ГРИЖИ ПРИ БРЕМЕННОСТ С РЕАЛИЗИРАН РИСК

Минимален болничен престой – 5 дни

Минимален болничен престой при пренатална инвазивна диагностика – 2 дни

## КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

### Предшестваща хипертония, усложняваща бременността, раждането и послеродовия период

**Включва:** описаните състояния с предшестваща протеинурия

**Не включва:** състояния с нарастваща или прибавила се протеинурия (O11)

#### **O10.0 Предшестваща есенциална хипертония, усложняваща бременността, раждането и послеродовия период**

Всяко състояние, класифицирано в рубриката I10, уточнено като причина за оказване на акушерска помощ по време на бременността, раждането или послеродовия период

#### **O10.1 Предшестващо хипертонично сърдечно заболяване, усложняващо бременността, раждането и послеродовия период**

Всяко състояние, класифицирано в рубриката I11.—, уточнено като причина за оказване на акушерска помощ по време на бременността, раждането или послеродовия период

#### **O10.2 Предшестващо хипертонично бъбречно заболяване, усложняващо бременността, раждането и послеродовия период**

Всяко състояние, класифицирано в рубриката I12.—, уточнено като причина за оказване на акушерска помощ по време на бременността, раждането или послеродовия период

#### **O10.3 Предшестващо хипертонично сърдечно и бъбречно заболяване, усложняващо бременността, раждането и послеродовия период**

Всяко състояние, класифицирано в рубриката I13.—, уточнено като причина за оказване на акушерска помощ по време на бременността, раждането или послеродовия период

#### **O10.4 Предшестваща вторична хипертония, усложняваща бременността, раждането и послеродовия период**

Всяко състояние, класифицирано в рубриката I15.—, уточнено като причина за оказване на акушерска помощ по време на бременността, раждането или послеродовия период

#### **O10.9 Предшестваща хипертония, усложняваща бременността, раждането и послеродовия период, неуточнена**

#### **O11 Предшестваща хипертония с прибавила се протеинурия**

Състояния, класифицирани в рубриката O10.—, усложняващи се с нарастваща протеинурия

Прибавила се прееклампися

### Гестационна [предизвикана от бременността] хипертония с масивна протеинурия

**Не включва:** прибавила се прееклампися (O11)

#### **O14.0 Умерена прееклампися**

#### **O14.1 Тежка прееклампися**

### Еклампсия

**Включва:** конвулсии, предизвикани от състояния, класифицирани в рубриките O10—O14 и O16 еклампсия с предизвикана от бременността или предишна хипертония

#### **O15.0 Еклампсия по време на бременността**

## **O16 Хипертония при майката, неуточнена**

Транзиторна хипертония по време на бременността

### **Захарен диабет по време на бременността**

**Включва:** по време на раждането и послеродовия период

**O24.0 Предшестващ захарен диабет , инсулинозависим**

**O24.1 Предшестващ захарен диабет ,неинсулинозависим**

**O24.2 Предшестващ захарен диабет , свързан с недоимъчно хранене**

**O24.3 Предшестващ захарен диабет ,неинсулинозависим**

**O24.4 Захарен диабет,развиващ се по време на бременността**

Гестационен захарен диабет БДУ

**O24.9 Захарен диабет по време на бременността, неуточнен**

### **Отклонения от нормата при антенатален скрининг на майката**

**Не включва:** резултати от диагностични изследвания, класифицирани другаде, медицински грижи за майката свързани със състояния на плода, околоплодния мехур и възможни усложнения в хода на родоразрешаването (O30 – O48)

**O28.1 Биохимични отклонения от нормата при антенатален скрининг на майката**

**O28.3 Отклонения в ултразвуковата находка при антенатален скрининг на майката**

**O28.4 Отклонения в рентгенологичната находка при антенатален скрининг на майката**

**O28.5 Хромозомни и генетични отклонения от нормата при антенатален скрининг на майката**

**O28.8 Други отклонения от нормата при антенатален скрининг на майката**

**O28.9 Отклонение от нормата при антенатален скрининг на майката, неуточнено**

### **Усложнения, специфични за многоплодна бременност**

**O31.0 Fetus rarygaseous**

**O31.1 Продължаваща бременност след аборт на един или повече от плодовете**

**O31.2 Продължаваща бременност след интраутеринна смърт на един или повече от плодовете**

**O31.8 Други усложнения, специфични за многоплодна бременност**

### **Предлежаща плацента (placenta praevia)**

**O44.1 Предлежаща плацента с кръвотечение**

Ниско прикрепена плацента БДУ или с кръвотечение

Предлежаща плацента:

- маргинална
  - парциална
  - тотална
- } БДУ или с кръвотечение

**Не включва:** раждане и родоразрешаване, усложнени с кръвотечение от vasa praevia (O69.4)

### **Други болести на майката, класифицирани другаде, но усложняващи бременността, раждането и послеродовия период**

**Забележка:** Тази рубрика включва състояния, които усложняват бременността, задълбочават се

от бременността или представляват основно показание за акушерска помощ и за които

Азбучният указател не посочва специална рубрика в клас XV.  
При необходимост от идентифициране на конкретното състояние се използва допълнителен код.

**Не включва:** инфекциозни и паразитни болести (O98.—)  
травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини (S00—T98)  
медицински грижи за майката поради болест, за която се предполага или със сигурност уврежда плода (O35—O36)

#### **O99.4 Болести на сърдечно-съдовата система, усложняващи бременността, раждането и послеродовия период**

Състояния, класифицирани в рубрики I00—I99

**Не включва:** кардиомиопатия в послеродовия период (O90.3)

хипертонични болести (O10—O16)

акушерска емболия (O88.—)

венозни усложнения и тромбоза на мозъчен венозен синус по време на:

•раждането и послеродовия период (O87.—)

•бременността (O22.—)

#### **Хемолитична болест на плода и новороденото**

**P55.0 Резус-изоимунизация на плода и новороденото**

**P55.1 АВО-изоимунизация на плода и новороденото**

**P55.8 Други форми на хемолитична болест на плода и новороденото**

## **КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9 КМ**

### **ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ**

#### **\*\*75.1 ДИАГНОСТИЧНА АМНИОЦЕНТЕЗА**

#### **Предродови процедури за приложение, поставяне или премахване**

16600-00 Диагностична амниоцентеза

#### **ДРУГИ ИНТРАУТЕРИННИ ОПЕРАЦИИ НА ПЛОДА И АМНИОНА**

#### **\*\*75.31 АМНИОСКОПИЯ**

фетоскопия

лапароамниоскопия

90460-00 Амниоскопия

*Кодирай също когато е направена:*

- чрез хистеротомия(35649-00 [1262])

#### **\*\*75.32 КАРДИОТОКОГРАФИЯ**

#### **Фетален мониторинг**

16514-00 Вътрешен мониторинг на плода

Вътрешна фетална кардиотокография [СТГ] (скалп)

#### **\*\*75.33 ВЗИМАНЕ НА КРЪВНА ПРОБА И БИОПСИЯ ОТ ПЛОДА (КОРДОЦЕНТЕЗА)**

#### **Предродови процедури за приложение, поставяне или премахване**

16606-00 Фетална кръвна проба

90487-00 Друга вътрематочна диагностична процедура на плода

Интраутеринна кожна биопсия на плода БДУ

#### **\*\*75.34 ДРУГО МОНИТОРИРАНЕ НА ПЛОДА**

## Фетален мониторинг

- 16514-01 ВЪНШЕН МОНИТОРИНГ НА ПЛОДА  
Външна фетална кардиотокография [СТГ]  
Фетален контрактилен стрес }  
Фетален нонстрес тест } тест

**\*\*75.35 ДРУГИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ НА ПЛОДА И АМНИОНА**  
хориална биопсия

## Предродови процедури за приложение, поставяне или премахване

- 16603-00 Хорионна биопсия

**ДИАГНОСТИЧЕН УЛТРАЗВУК (ЕХОГРАФИЯ)**  
**\*\*88.78 ДИАГНОСТИЧЕН УЛТРАЗВУК НА БРЕМЕННА МАТКА**  
интраутеринна цефалометрия:  
локализация на плацента с ултразвук

## Ултразвук на корем или таз

- 55700-02 Ултразвук на корем или таз за други състояния, свързани с бременност  
Ултразвукова:  
• локализация на плацента  
• пелвиметрия  
Ултразвук на бременна матка БДУ
- 55700-00 Ултразвук за откриване аномалии на плода
- 55700-01 Ултразвук за измерване на фетален растеж  
Включва: фетална ултразвукова цефалометрия

## Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

- 55729-01 Дуплекс ултразвук на умбиликална артерия  
Включва: при оценка обем на амниотична течност

**\*\*88.79 УЛТРАЗВУКОВО РЕГИСТРИРАНЕ НА ФЕТАЛНАТА СЪРДЕЧНА ЧЕСТОТА**

## Фетален мониторинг

- 16514-01 ВЪНШЕН МОНИТОРИНГ НА ПЛОДА  
Външна фетална кардиотокография [СТГ]  
Фетален контрактилен стрес }  
Фетален нонстрес тест } тест

**АНАТОМИЧНИ И ФИЗИОЛОГИЧНИ ИЗМЕРВАНИЯ И МАНУАЛНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ - ПИКОВО-ПОЛОВА СИСТЕМА**

Изключва  
изброените процедури, когато са част от общо физическо изследване - 89.7

**\*\*89.26 ГИНЕКОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ**  
изследване на таза

## Процедури за изследване на други гинекологични локализации

- 35500-00 Гинекологичен преглед  
Палпация на:  
• фалопиеви тръби  
• яйчници  
• матка  
Тазов преглед  
Визуален и мануален преглед на:  
• шийка  
• влагалище  
• вулва  
Не включва: тези с други гинекологични процедури – пропусни кода

**\*\*89.29 ДРУГИ НЕОПЕРАТИВНИ ИЗМЕРВАНИЯ НА ПИКОЧО-ПОЛОВАТА СИСТЕМА**

биопроба (посявка) на урина

бъбречен клирънс

химично изследване на урина

- 91920-02 Микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност  
*Включва:* урокултура  
антибиограма
- 91920-12 Химично изследване на урина  
рН  
Белтък  
Билирубин  
Уробилиноген  
Глюкоза  
Кетони  
Относително тегло  
Нитрити  
Левкоцити  
Кръв
- 91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината

**ДРУГИ НЕОПЕРАТИВНИ СЪРДЕЧНИ И СЪДОВИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ***Изключва:*

ЕКГ на плод - 75.32

**\*\*89.52 ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАМА**

ЕКГ БДУ

ЕКГ/с 12 и повече отвеждания/

**Друга електрокардиография [ЕКГ]**

- 11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]  
*Не включва:* тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

**ЦИРКУЛАТОРНО МОНИТОРИРАНЕ****\*\*89.62 МОНИТОРИРАНЕ НА ЦЕНТРАЛНО ВЕНОЗНО НАЛЯГАНЕ****Мониторинг на съдово налягане**

- 11600-02 Мониторинг на централно венозно налягане

**\*\*90.59 ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ***Включва:* ПКК, биохимия (бъбречни и чернодробни показатели), хемостазиологични показатели, серология*За пренатална инвазивна диагностика задължително:* ПКК, хемостаза; изследване на кръвна група, Резус принадлежност, а при Резус-отрицателните бременни, анти-Д-антитела;

- 91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
- 91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите
- 91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
- 91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
- 91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
- 91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин
- 91910-16 Клинично-химични изследвания за директен билирубин
- 91910-25 Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
- 91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
- 91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
- 91910-08 Изследване на време на кръвене
- 91904-04 Изследване на фактори на коагулация

фактор II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII

- 91904-05 Изследване на фактор на Вилебранд (von Willebrand)
- 91910-09 Изследване на протромбиново време
- 91904-02 Изследване на тромбиново време (ТТ)
- 91910-10 Изследване на активирано парциално тромбoplastиново време (АРТТ)
- 91910-11 Изследване на фибриноген
- 91913-04 Изследване на време на съсирване
- 91913-00 Серологично изследване на кръв за Васерман
- 91911-29 Други серологични изследвания
- 91922-00 Серологично изследване за HIV 1/2 антитела
- 91926-00 Определяне на кръвни групи от системата АВ0 и Rh (D) антиген от системата Rhesus по кръстосан метод (с тест-реагенти анти-А, анти-В, анти-АВ, анти-D и тест-еритроцити А1, А2, В и 0)

**МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ ЖЕНСКИЯ ГЕНИТАЛЕН ТРАКТ**

амнионен сак  
фетус

**\*\*91.41 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ ЖЕНСКИЯ ГЕНИТАЛЕН ТРАКТ - БАКТЕРИАЛНА НАМАЗКА**

- 91919-12 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от женския генитален тракт за бактериална намазка

**\*\*91.43 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ ЖЕНСКИЯ ГЕНИТАЛЕН ТРАКТ - КУЛТУРА И ЧУВСТВИТЕЛНОСТ**

- 91919-14 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от женския генитален тракт за култура и чувствителност

**\*\*91.49 ЦИТОГЕНЕТИЧЕН АНАЛИЗ**

Задължително за поставяне на генетична диагноза на плода изследванията се извършват на следните материали : хорион околоплодна течност, кръв и включват:  
цитогенетично,  
молекулярно цитогенетично изследване,  
ензимен и/или ДНК анализ

**Предродови процедури за приложение, поставяне или премахване**

- 90487-00 Друга вътрематочна диагностична процедура на плода  
Интраутеринна кожна биопсия на плода БДУ

**Други изследвания**

- 91881-00 ДНК анализ
- 91910-01 Неонатален скрининг  
Скрининг за:  
• фенилкетонурия  
• вродена надбъбречна хиперплазия (ВНХ)  
• хипотиреоза
- 91916-00 Генетични изследвания
- 91916-01 Цитогенетичен анализ на кръв или костен мозък

**ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ**

**\*75.2 ИНТРАУТЕРИННА ТРАНСФУЗИЯ**

обменна трансфузия in utero  
поставяне на катетър в абдомена на плода за трансфузия

**Предродови процедури за приложение, поставяне или премахване**

- 16615-00 Вътрематочна фетално интраперитонеално и интраваскуларно кръвопреливане  
Интраутеринна фетална трансфузия БДУ

**ТРАНСФУЗИЯ НА КРЪВ И КРЪВНИ КОМПОНЕНТИ**

използвай допълнителен код за такава, извършена през катетър или венесекция - 38.92-38.94

**\*99.04 ТРАНСФУЗИЯ НА ЕРИТРОЦИТНА МАСА****Прилагане на кръв и кръвни продукти**

- 13706-02 Приложение на опаковани клетки  
Трансфузия на:
- еритроцити
  - опаковани клетки
  - червени кръвни клетки

**\*99.05 ТРАНСФУЗИЯ НА ТРОМБОЦИТИ**

трансфузия на тромбоцитна маса

- 13706-03 Приложение на тромбоцити  
Трансфузия на:
- тромбоцити

**\*99.06 ТРАНСФУЗИЯ НА ФАКТОРИ НА СЪСИРВАНЕ**

трансфузия на антихемофилен фактор

- 92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори  
Трансфузия на:
- антихемофилен фактор
  - коагулационни фактори НКД
  - криопреципитати
  - фактор VIII

**\*99.07 ТРАНСФУЗИЯ НА ДРУГ СЕРУМ**

трансфузия на плазма

**Изключва:**

инжекция (трансфузия) на:

гамавенин - 99.16

гама-глобулин - 99.14

- 92062-00 Приложение на друг серум  
Трансфузия на:
- албумин
  - плазма (прясно замразена) (FFP)

**\*99.08 ТРАНСФУЗИЯ НА КРЪВОЗАМЕСТИТЕЛ**

трансфузия на декстран

- 92063-00 Приложение на кръвен експандер  
Разреждане на кръвта  
Трансфузия на:
- кръвозаместители
  - Dextran
  - Rheomacrodex

**\*99.09 ТРАНСФУЗИЯ НА ДРУГА СУБСТАНЦИЯ**

трансфузия на:

кръвен заместител

гранулоцити

**Изключва:**

трансплантация (трансфузия) на костен мозък - 41.0

- 92064-00 Приложение на друг кръвен продукт  
Трансфузия на:
- кръвни заместители
  - гранулоцити

**ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНФУЗИЯ НА ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО****\*99.11 ИНЖЕКЦИЯ НА RH ИМУНО-ГЛОБУЛИН**

инжекция на:

анти-D (Rhesus) глобулин

RhoGAM

## Имунизация

- 92173-00 Пасивна имунизация с Rh (D) имуноглобулин  
Инжектиране на:  
• Anti-D (Rhesus) globulin  
• RhoGAM

### \*99.17 ИНЖЕКЦИЯ НА ИНСУЛИН

## Приложение на фармакотерапия

- 96200-06 Подкожно приложение на фармакологичен агент, инсулин  
96199-06 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, инсулин

### \*99.18 ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ЕЛЕКТРОЛИТИ

- 96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

### \*99.19 ИНЖЕКЦИЯ НА АНТИКОАГУЛАНТИ

**Изключва:**  
инфузия на *drotrecogin alfa* (активиран) – 00.11

- 96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент  
96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

### ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ДРУГО ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО

#### \*99.21 ИНЖЕКЦИЯ НА АНТИБИОТИК

**Изключва:**  
инжекция или инфузия на антибиотици от клас оксазолидинони – 00.14

- 96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент  
96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент

#### \*99.22 ИНЖЕКЦИЯ НА ДРУГИ АНТИ-ИНФЕКЦИОЗНИ МЕДИКАМЕНТИ

**Изключва:**  
инжекция или инфузия на антибиотици от клас оксазолидинони – 00.14

- 96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент  
96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент

#### \*99.23 ИНЖЕКЦИЯ НА СТЕРОИД

инжекция на кортизон  
подкожна имплантация на прогестерон

- 96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид  
96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

### \*99.29 ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ДРУГО ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО

- 96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент  
96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент  
96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент



## Изискване:

**1. При пренатална инвазивна диагностика на бременността (кодове на болести по МКБ-10: O28.1, O28.3, O28.4, O28.5, O28.8 и O28.9)** клиничната пътека се счита за завършена, ако са извършени пет основни диагностични процедури: **\*\*88.78** (55700-02; 55700-00; 55700-01; 55729-01) **\*\*88.79** (16514-01) (до 26 г.с.) или **\*\*75.32** (16514-00) (след 26 г.с.); **\*\*90.59** и **\*\*91.49** (90487-00), както и една от следните три процедури **\*\*75.1**(16600-00) или **\*\*75.33** (16606-00; 90487-00), или **\*\*75.35** (16603-00).

За пренатална инвазивна диагностика задължително се изследва: ПКК, хемостаза; изследване на кръвна група, Резус принадлежност, а при Резус-отрицателните бременни, анти-Д-антитела;

**Една от диагностичните процедури задължително е образно изследване.**

Взетият материал при процедури с кодове **\*\*75.1**(16600-00) , **\*\*75.33** (16606-00; 90487-00), и **\*\*75.35**(16603-00) задължително се изпраща за изследване (цитогенетично, молекулярно цитогенетично изследване, ензимен и/или ДНК анализ). Копие с резултата от изследването задължително се прикрепва в ИЗ и служи за отчитане на КП.

**2. При интензивни грижи при бременност с реализиран риск** клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в блок Кодове на основни процедури по МКБ-9 КМ/АКМП, отнасящи се към основната диагноза.

**При интензивни грижи при бременност с реализиран риск:**

1. Когато болничният престой по тази КП е по-малък или равен от минималния болничен престой и завърши със спонтанен аборт или аборт по медицински показания, случаят се отчита по КП № 4 "Преждевременно прекъсване на бременността".

Когато са изпълнени критериите за завършена клинична пътека № 2 (спазен минимален болничен престой и извършени задължителни диагностични и терапевтични процедури), и бременността завърши със спонтанен аборт или аборт по медицински показания, се заплащат и двете клинични пътеки (КП № 2 и КП № 4).

2. Когато болничният престой по тази КП е по-малък или равен от минималния болничен престой и завърши с раждане, случаят се отчита по КП № 5 "Раждане".

Когато са изпълнени критериите за завършена клинична пътека № 2 (спазен минимален болничен престой и извършени задължителни диагностични и терапевтични процедури), и бременността завърши с раждане, се заплащат и двете клинични пътеки (КП № 2 и КП № 5).

**За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:**

**Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.** Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

**Проведените процедури задължително се отразяват в „История на заболяването“.**

## **I. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА**

Клиничната пътека, в частта интензивни грижи при бременност с реализиран риск, се изпълнява в клиника/отделение II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Акушерство и гинекология“. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Акушерство и гинекология“- само за интензивни грижи при бременност с реализиран риск, без диагностични процедури с кодове \*\*75.1(16600-00), \*\*75.33 (16606-00; 90487-00) и \*\*75.35(16603-00)

Диагностични процедури с кодове \*\*75.1(16600-00), \*\*75.33 (16606-00; 90487-00) и \*\*75.35(16603-00) се изпълняват само в клиника/отделение III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Акушерство и гинекология“.

### **1. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ**

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

<b>Задължително звено/медицинска апаратура</b>
1. Клиника/отделение по акушерство и гинекология II ниво - само за интензивни грижи при бременност с реализиран риск, без диагностични процедури с кодове **75.1(16600-00), **75.33 (16606-00; 90487-00) и **75.35(16603-00) или Клиника/отделение по гинекология II ниво - само за интензивни грижи при бременност с реализиран риск, без диагностични процедури с кодове **75.1(16600-00), **75.33 (16606-00; 90487-00) и **75.35(16603-00) или
2. Клиника/отделение по акушерство и гинекология III ниво
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория II и III ниво
5. Ехограф с необходимите трансдюсери

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по акушерство и гинекология.

## **2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ**

2.1. Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

<b>Задължително звено/ медицинска апаратура</b>
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология - на територията на областта
2. Микробиологична лаборатория на територията на областта
3. КТ/МРТ – на територията на населеното място

2.2. Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор със структура по медицинска генетика към лечебни заведения и медицински факултети, посочени в приложение № 4 на Наредба № 26/14.06.2007 г.

<b>Задължително звено/ медицинска апаратура</b>
Структура по медицинска генетика - само за пренатална инвазивна диагностика на бременността и при изпълнение на диагностични процедури с кодове **75.1(16600-00), **75.33 (16606-00; 90487-00) и **75.35(16603-00)

## **3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.**

### **Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:**

- за акушерска структура/акушеро-гинекологична структура III ниво на компетентност - петима лекари със специалност по „Акушерство и гинекология” - двама с допълнителна квалификация по ехография;

- за акушерска структура II ниво на компетентност- четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография - само за интензивни грижи; без изпълнение на процедури с кодове кодове \*\*75.1(16600-00), \*\*75.33 (16606-00; 90487-00) и \*\*75.35(16603-00)

- за гинекологична структура II ниво на компетентност – двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография; само за интензивни грижи; без изпълнение на процедури с кодове \*\*75.1(16600-00), \*\*75.33 (16606-00; 90487-00) и \*\*75.35(16603-00)- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар с придобита специалност по „Неонатология”

или

лекар със специалност по педиатрия – 15-дневно индивидуално обучение за кардиопулмонална ресусцитация на новородено дете в структура по неонатология от III ниво на компетентност;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по вътрешни болести или кардиолог

### **Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:**

- за акушерска структура/акушеро-гинекологична структура III ниво на компетентност - петима лекари със специалност по „Акушерство и гинекология” - двама с допълнителна квалификация по ехография;

- за акушерска структура II ниво на компетентност- четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография - само за интензивни грижи; без изпълнение на процедури с кодове кодове \*\*75.1(16600-00), \*\*75.33 (16606-00; 90487-00) и \*\*75.35(16603-00);

- за гинекологична структура II ниво на компетентност – двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография; само за

интензивни грижи; без изпълнение на процедури с кодове \*\*75.1(16600-00), \*\*75.33 (16606-00; 90487-00) и \*\*75.35(16603-00);

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар с придобита специалност по „Неонатология”

или

лекар със специалност по педиатрия – 15-дневно индивидуално обучение за кардиопулмонална ресусцитация на новородено дете в структура по неонатология от III ниво на компетентност;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по детски болести.

-

## **II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ**

**Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.**

### **1.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ**

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Пренатална инвазивна диагностика на бременността при бременни с:

**1.1. ПРЕНАТАЛНА ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА НА БРЕМЕННОСТТА при бременни с (кодове на болести по МКБ-10: O28.1, O28.3, O28.4, O28.5, O28.8 и O28.9 и при изпълнение на диагностични процедури с кодове \*\*75.1(16600-00), \*\*75.33 (16606-00; 90487-00) и \*\*75.35(16603-00)**

- фамилни данни за доказани наследствени заболявания и вродени аномалии, свързани с риск за тежка инвалидизация или намалена продължителност на живота, установен с резултат от генетична консултация

- балансирана хромозомна аномалия у един от родителите

- категорични ултразвукови находки за морфологични аномалии на плода

- повишен риск от триплоидии и анеуплоидии в резултата от биохимичния скрининг I и/или II триместър,

- имунологични данни за хемолитична болест на плода по Резус системата.

**1.2. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПРИ НЕОБХОДИМОСТ ОТ ИНТЕНЗИВНИ ГРИЖИ ПРИ БРЕМЕННОСТ С РЕАЛИЗИРАН РИСК.**

- стойности на кръвното налягане от или над 140/90 mmHg или по-високо с или без главоболие и-или с повишаване на средното артериално налягане с 20mmHg и повече в сравнение с предишните стойности с или без главоболие; данните за стойностите от АН се вземат от "Карта за профилактика на бременността", изготвена по образец съгласно приложение № 7 от Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията;

- олигурия  $\leq 400$ мл/24 часа;

- зрителни смущения (двойно виждане, намаляване на зрителната острота);

- декомпенсиран захарен диабет и бременност;

- сърдечна декомпенсация и бременост.

**За диагноза O44.1 “Предлежаща плацента с кръвотечение”**

1. Генитално кървене.

2. Гестационна възраст от 26+ седмици.

3. Ехографски данни за предлежаша или ниско прикрепена плацента.
4. Отсъствие на профузно кървене и/или данни за хеморагичен шок /прешок.
5. Поне един жив плод, доказан чрез ехография или кардиотокография.

## **1. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.**

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

**ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.**

### **2.1. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ ПРИ НЕОБХОДИМОСТ ОТ ПРЕНАТАЛНА ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА НА БРЕМЕННОСТТА (кодове на болести по МКБ-10: O28.1, O28.3, O28.4, O28.5, O28.8 и O28.9 и при изпълнение на диагностични процедури с кодове \*\*75.1, \*\*75.33 и \*\*75.35.**

Диагностичният алгоритъм съдържа и следните задължителни процедури:

- преглед и оценка, описани накратко (резюмирани анамнеза и оценка);
- преглед и оценка, описани обстойно (анамнеза и оценка на нов проблем);
- гинекологично изследване (изследване на таза);
- диагностичен ултразвук на бременна матка;
- изследване на кръв – ПКК, хемостаза, изследване на кръвна група, Резус принадлежност, а при Резус-отрицателните бременни, анти-Д-антитела;
- мониториране на плода (до 26 г.с. чрез ултразвуково регистриране на феталната сърдечна честота , а след 26 г.с. чрез кардиотокография);
- спектрофотометричен анализ на околоплодна течност при имунологични данни за развитие на хемолитична болест на плода по резус системата.

**По налични показания се прилагат следните основни терапевтични (една или няколко) процедури:**

\*99.11 инжекция на Rh имуно-глобулин (задължителен при Резус отрицателни бременни с доказана липса на имунни анти-Д-изоантитела )

инжекция на:

анти-D (Rhesus) глобулин  
RhoGAM

\*99.17 инжекция на инсулин

\*99.18 инжекция или инфузия на електролити;

\*99.21 инжекция на антибиотик

\*99.23 инжекция на стероид

\*99.24 инжекция на хормон

\*99.29 инжекция или инфузия на друго лечебно или профилактично вещество;

### **2.2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ ПРИ НЕОБХОДИМОСТ ОТ ИНТЕНЗИВНИ ГРИЖИ ПРИ БРЕМЕННОСТ С РЕАЛИЗИРАН РИСК.**

Задължителни са следните диагностични процедури:

- диагностичен ултразвук на бременна матка;
- преглед и оценка, описани накратко (резюмирани анамнеза и оценка);
- преглед и оценка, описани ограничено (етапна анамнеза и оценка);
- преглед и оценка, описани обстойно (анамнеза и оценка на нов проблем);

- гинекологично изследване (изследване на таза) (не се изисква при съпътстваща диагноза О44.1)
- химично изследване на урина;
- изследване на кръв - ПКК с диференциално броене, биохимия, серология (по преценка);
- провеждане на консултация – по преценка,
- мониториране на централно венозно налягане - по преценка;
- извършване на ЕКГ на пациентката;
- мониториране на плода – (изисква се след 26 г.с.)

Серологично изследване за сифилис (RPR или Васерман) – не е задължително, ако е извършено в извънболничната помощ.

Заедно с основните диагностични процедури се прилагат и следните основни терапевтични (една или няколко):

- инжекция или инфузия на друго лечебно или профилактично вещество;
- инжекция на антибиотик (при необходимост);
- трансфузия на кръв и кръвни компоненти (при необходимост);
- инжекция или инфузия на електролити;
- инжекция на стероид (при необходимост);
- инжекция на инсулин (при необходимост).

#### **За диагноза с код О44.1 “Предлежаща плацента с кръвотечение”**

Заедно с основните диагностични процедури се прилагат и следните основни терапевтични (една или няколко):

- инжекция/инфузия на електролити;  
и/или
- инжекция на антибиотик;  
и/или
- инжекция/инфузия на друго вещество и прилагане на необходимите медикаменти.

Серологично изследване за сифилис (RPR или Васерман) – не е задължително, ако е извършено в доболничната помощ.

**При неповлияване от консервативно лечение на горепосочените заболявания пациентките се насочват за родоразрешение.**

**Здравни грижи**, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти, могат да извършват по назначение или самостоятелно.

**ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.**

**ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.**

### **3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.**

Въз основа на клиничната картина и параклиничните изследвания.

#### **4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.**

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

##### **4.1. МЕДИЦИНСКИ КРИТЕРИИ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПРИ ПРЕНАТАЛНА ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА НА БРЕМЕННОСТТА (кодове на болести по МКБ-10: O28.1, O28.3, O28.4, O28.5, O28.8 и O28.9 и при изпълнение на диагностични процедури с кодове \*\*75.1, \*\*75.33 и \*\*75.35 .**

4.1.1. получаване на материал за предвидения анализ;

4.1.2. налични и документирани:

- нормална сърдечна честота на плода (до 26 г.с. чрез ултразвуково регистриране на феталната сърдечна честота , а след 26 г.с. чрез кардиотокография);
- отсъствие на маточна активност
- липса на генитално кървене
- липса на изтичане на околоплодна течност.

##### **4.2. МЕДИЦИНСКИ КРИТЕРИИ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПРИ ИНТЕНЗИВНИ ГРИЖИ ПРИ БРЕМЕННОСТ С РЕАЛИЗИРАН РИСК.:**

- нормотензивна бременна с добър отговор на консервативното лечение;
- подобряване и/или нормализиране на показателите от медико-диагностичните изследвания в сравнение със стойностите при хоспитализация;
- коректно попълнен фиш “Клинико- лабораторен минимум при изписване”.

##### **Довършване на лечебния процес и проследяване**

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

#### **5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.**

**Към ИЗ на пациента се прилага следния фиш за клинично-лабораторен минимум при изписване:**

**КЪМ ИЗ № ..... ОТ .....**

##### **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ**

**Дата .....**

**ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО**

<b>Корем:</b> <input type="checkbox"/> мек <input type="checkbox"/> напрегнат <input type="checkbox"/> балониран <input type="checkbox"/> друго (опиши)		
<b>Микция:</b> <input type="checkbox"/> спонтанна, без резидуална урина <input type="checkbox"/> друго (опиши)		
<b>Дефекация:</b> <input type="checkbox"/> спонтанна, 1-2 пъти дневно <input type="checkbox"/> друго (опиши)		
<b>Раздвижване:</b> <input type="checkbox"/> ходи без чужда помощ <input type="checkbox"/> друго (опиши)		
<b>Аксиларна t°:</b>	<b>Пулс:</b>	<b>Перисталтика:</b> <input type="checkbox"/> с обичаен интензитет <input type="checkbox"/> друго (опиши)
<b>СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА:</b> <input type="checkbox"/> свалени конци <input type="checkbox"/> несвалени конци <input type="checkbox"/> зараснала per primam <input type="checkbox"/> друго (опиши)		
<b>ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО:</b> <input type="checkbox"/> отговаря на извършената операция, без данни за усложнения <input type="checkbox"/> друго (опиши)		
<b>КРЪВНА КАРТИНА:</b> Hb Ht Er Leu	<b>ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ:</b> Вр. кървене Фибриноген	<b>ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ:</b>
<b>ДРУГИ ДАННИ:</b>		

Лекуващ лекар:

### III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. **ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА** се документира в "История на заболяването" (ИЗ) и в част II на "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.

2. **ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ** – в "История на заболяването".

3. **ОПЕРАТИВЕН ПРОТОКОЛ ЗА ИЗВЪРШЕНА ПРЕНАТАЛНА ИНВАЗИВНА ПРОЦЕДУРА**  
– прикрепва се в ИЗ

4. **ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ**



**ДОКУМЕНТИРА В:**

- *“История на заболяването”*;
- част III на *“Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури”* - бл.МЗ-НЗОК №7;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

**5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....)** – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

**ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.**

## ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ

### ОПЕРАТИВЕН ПРОТОКОЛ за АМНИОЦЕНТЕЗА

ИЗ №...../дата.....

Пациент.....Год.....

Адрес.....

ПРМ.....гестационен срок по ПРМ.....г.с.....

#### Индикации за амниоцентеза (АЦ):

възраст

Риск НТ I триместър

Моногенно з.

Балансирана ХЗА

Възраст - съпруг

ICSI

риск БХС II триместър

УЗ индикации

предишно дете с ХЗА

предишни СА и РН

друго.....

УЗИ от ..... 20.... г.: гестационен срок по УЗИ.....

Един жив плод в матката , предлежание.....

VPD ..... FL .....

НС.....АС.....

Плацента.....

Околоплодна течност .....

Отклонения във феталната морфология: НЕ/ДА (описание на отклоненията).....

Други особени ехографски находки

### АМНИОЦЕНТЕЗА

Дата.....Начало.....Край .....

Беше извършена трикратна дезинфекция на предната коремна стена. Под ултразвуков контрол беше пунктирана амниотичната празнина със спинална игла ..... G/.....см.

Аспирирани бяха.....мл.....околоплодна течност, която беше изпратена в лаборатория.....за.....анализ.

Трансплацентарна пункция: ДА/НЕ.

Видим примес на кръв в амниотичната течност: ДА/НЕ.

Сърдечна дейност след манипулацията - ДА/НЕ. ФСЧ.....уд./мин.

Кръвна група на бременната..... Rh +/ Rh - .

Профилактика с анти-D имунен глобулин: ДА/НЕ.

Извършил ..... Асистент.....

## ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ

### ОПЕРАТИВЕН ПРОТОКОЛ за БИОПСИЯ НА ХОРИОНА

И.З. №...../дата.....

Пациент.....ГОД.....

Адрес.....

ПРМ.....гестационен срок по ПРМ.....г.с.....

#### Индикации за биопсия на хориона ( CVS ):

- |  |  |
|--|--|
| възраст <input type="checkbox"/>             | риск БХС II триместър <input type="checkbox"/> |
| Риск НТ I триместър <input type="checkbox"/> | УЗ индикации <input type="checkbox"/>          |
| Моногенно з. <input type="checkbox"/>        | предишно дете с ХЗА <input type="checkbox"/>   |
| Балансирана ХЗА <input type="checkbox"/>     | предишни СА и РН <input type="checkbox"/>      |
| Възраст - съпруг <input type="checkbox"/>    | друго.....                                     |
| ICSI <input type="checkbox"/>                |  |

УЗИ от ..... 20.... г.: гестационен срок по УЗИ.....

Един жив плод в матката , предлежание.....

ВРD ..... FL .....

НС.....АС.....

Плацента.....

Околоплодна течност .....

Отклонения във феталната морфология: НЕ/ДА (описание на отклоненията).....

Други особени ехографски находки

#### БИОПСИЯ НА ХОРИОНА

Дата.....Начало.....Край.....

Беше извършена трикратна дезинфекция на предната коремна стена. Мястото на пункцията беше локално обезболено с 1 мл 1% разтвор на лидокаин. Под ултразвуков контрол беше пунктиран chorion frondosum с аспирационна игла.....G/.....см.

Аспирирани бяха.....хорионни въси, които бяха изпратени в лаборатория..... за.....анализ.

Брой пункции на хориона .....

Сърдечна дейност след манипулацията - ДА/НЕ. ФСЧ.....уд./мин.

Кръвна група на бременната - ..... Rh +/ Rh -.

Профилактика с анти-D имунен глобулин: ДА/НЕ.

Извършил ..... Асистент.....

## ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ

### ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

#### ЗА АМНИОЦЕНТЕЗА В 16-20 СЕДМИЦА С ЦЕЛ ДИАГНОСТИКА НА ГЕНЕТИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ПЛОДА

**Амниоцентезата** е манипулация, при която се взема известно количество околоплодна течност. Околоплодната течност се изследва в специализирани лаборатории и това позволява да се открият някои вродени и наследствени заболявания на плода. Извършва се между 16 и 20 седмица на бременността, считано от първия ден на последната редовна менструация. Вземането на проба от течността, заобикаляща плода, става с помощта на игла, която се въвежда под ултразвуков контрол през коремната стена и стената на матката. Околоплодната течност се изтегля със спринцовка. В момента на проникването на иглата може да има слабо изразено неприятно усещане, подобно на това при мускулна инжекция, но не болка. Поради това не е необходимо прилагането на упойка.

Аз,....., бях запозната с изброените по-долу усложнения на амниоцентезата и съществуващите ограничения за разпознаване болестите на плода. Имах възможност да задам всички интересувачи ме въпроси и да ги обсъдя с генетичния консултант и с акушер-гинеколога.

ИЗВЕСТНО МИ Е И ПРИЕМАМ, ЧЕ:

1. Съществува минимален риск (0,5 - 1%) от аборт във връзка с манипулацията. Наясно съм, че дори при липса на каквато и да е външна интервенция бременността също може да не се доизноси.
2. Съществува макар и минимален риск иглата да повреди тъкан на плода или пъпната връв.
3. Изследването се провежда при спазване на всички условия за стерилност и рискът от внасяне на инфекция е минимален (под 1% ). Въпреки това обаче, както при всички хирургични намеси, възможността за инфекциозни усложнения не може да бъде напълно изключена. В тежки случаи може да се стигне до загиване на плода, а оттам - й до загуба на бременността.
4. Изследването се провежда под ултразвуков контрол. Целта е да се определи най-подходящото място за въвеждане на иглата в матката, а също и да се контролира пътя и положението на иглата през цялото време на манипулацията. Проследява се сърдечната дейност на плода преди и след амниоцентезата.
5. В част от случаите, при плацента, разположена по предната маточна стена, не е възможно амниоцентезата да бъде извършена без да се премине с иглата през самата плацента. В редки случаи това може да доведе до преминаване на малко количество кръв от плода към майката /фетално-майчина трансфузия/, което има значение при Rh-отрицателни бременни.
6. Понякога изследването е неуспешно:
  - > не може да се проникне в амниотичната празнина и изобщо не се аспирира околоплодна течност
  - > не може да се аспирира /изтегли със спринцовката/ достатъчно количество течност
  - > течността е примесена с кръв.
7. В много редки случаи след амниоцентезата може да се наблюдава съвсем слабо изтичане на околоплодна течност от влагалището. Обикновено то се преустановява спонтанно и не нарушава протичането на бременността. Ако изтичането на течност е по-обилно или продължава повече от 24 часа, следва да се потърси консултация от акушер-гинеколог.

8. Много рядко след амниоцентезата клетките, съдържащи се в околоплодната течност, не растат в средата за култивиране и се налага процедурата да се повтори. Това се случва не често от 1 на 50 случая.
9. При Rh-отрицателни бременни след амниоцентезата се инжектира мускулно 1 ампула анти-Д гама-глобулин.
10. С помощта на амниоцентезата се диагностицира конкретно заболяване на плода, за което при бременната/двойката има повишен риск. Това е една важна предпоставка за раждането на здраво дете, но не го гарантира напълно.
11. Съществува известен, макар и минимален, риск за неточни заключения относно състоянието на плода на базата на лабораторните изследвания.
  12. Не възразявам изследваният материал да бъде използван анонимно като контрола за диагностични и научни цели.

Приемам, че резултатите от изследването ще бъдат от полза за мен. Те ще помогнат да се прецени здравословното състояние на моето бъдещо дете. Приемам рисковете и усложненията, свързани с амниоцентезата. Имах възможност да обсъдя всички интересувачи ме въпроси относно извършването на това изследване.

**• БЕШЕ МИ ПРЕДОСТАВЕНА ПИСМЕНА ГЕНЕТИЧНА КОНСУЛТАЦИЯ**

**• ПОЛУЧИХ ИЗЧЕРПАТЕЛЕН ОТГОВОР НА ВСИЧКИ ВЪПРОСИ**

**• СЪГЛАСНА СЪМ ДА МИ БЪДЕ ИЗВЪРШЕНА АМНИОЦЕНТЕЗА.**

**Желая да получа резултатите ЛИЧНО ПО ПОЩАТА (подчертайте).**

**Желая генетично консултиране при получаване на резултатите ДА НЕ (оградете).**

**Съгласна съм манипулацията да бъде извършена от д-р**

.....

**дата.....**

**подпис.....**

## ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ

### ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ХОРИОННА БИОПСИЯ

#### В 10-12 ГЕСТАЦИОННА СЕДМИЦА С ЦЕЛ ДИАГНОСТИКА НА ГЕНЕТИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ПЛОДА

**Хорионната биопсия** е манипулация, при която се вземат съвсем малко количество клетки от хориона, (тъканта, която по-късно се превръща в плацента). Това може да стане през корема (трансабдоминално), като със специална дълга игла се прониква през маточната стена до хорионната тъкан. Хорионни въси могат да се вземат и по влагалищен път (трансвагинално) - с помощта на специален тънък пластмасов катетър. Обичайният срок за извършване на манипулацията е между 10-12 седмица на бременността, считано от първия ден на последната редовна менструация. При вземане на въси през корема това може да се извърши и след 12 седмица. И в двата случая манипулацията се извършва под ултразвуков контрол. При въвеждането на катетъра или при убождането с иглата може да има слабо неприятно усещане, но това не налага прилагането на упойка. Получените при хорионната биопсия клетки се изследват в специализирани лаборатории. По този начин могат да се открият рано някои вродени и наследствени заболявания на плода.

Аз,....., бях запозната с изброените по-долу усложнения и ограничени възможности на хорионната биопсия за разпознаване болестите на плода. Имах възможност да задам всички интересувачи ме въпроси и да ги обсъдя с генетичния консултант и акушер-гинеколога.

#### ИЗВЕСТНО МИ Е И ПРИЕМАМ, ЧЕ:

1. Изследването се провежда в такива срокове на бременността, в които понякога настъпват спонтанни аборти. Независимо от това съществува риск за аборт във връзка със самата манипулация, който е около 3-4%.
2. Както при всички хирургични намеси, съществува възможност от възникване на инфекция, която макар и рядко, може да доведе до загуба на плода.
3. Изследването се провежда под постоянен ултразвуков контрол, при което през цялото време на манипулацията се проследява пътят на иглата /катетъра. Преди и след хорионната биопсия се проследява сърдечната дейност на плода. След края на манипулацията с помощта на ултразвук могат да се установят някои от възможните усложнения.
4. Манипулацията може да е значително по-трудна, респективно свързана с по-висок риск, а понякога, дори невъзможна в следните случаи:
  - > неправилни положения на матката
  - > наличие на миоми възли
  - > многоплодна бременност
  - > дебела коремна стена на бременната
5. Манипулацията е успешна от първи опит в около 60% от случаите, а от втори опит - в 95%.

6. В 1 от 20 случая хорионната биопсия е неуспешна. В тези случаи може да се извърши амниоцентеза в 16-20 седмица на бременността.

7. При 1 от 20 успешни хорионни биопсии лабораторията може да има технически затруднения да извърши анализите. В тези случаи също може да се наложи извършване на амниоцентеза между 16 и 20 седмица.

8. Всички усложнения през първата седмица след биопсията (кървене, болка, температура) налагат консултация с гинеколога, който е извършил манипулацията.

9. След хорионна биопсия, протекла без усложнения, се извършват контролни ултразвукови прегледи 24 и 72 часа след манипулацията.

10. Всяко изследване, което се извършва, има точно определена цел и дава информация само по отношение на тези състояния, заради които плода се изследва. То не изключва всички възможни аномалии на плода.

11. Съществува известен, макар и минимален риск от погрешно заключение относно състоянието на плода на базата на лабораторните изследвания.

12. Не възразявам изследваният материал да бъде използван анонимно като контрола за диагностични и научни цели.

13. Достоверен резултат мога да получа само от участващ в провежданата ми пренатална диагностика лекар.

**Приемам, че резултатите от изследването ще бъдат от полза за мен. Те ще помогнат да се прецени здравословното състояние на моето бъдещо дете. Приемам рисковете и усложненията, свързани с хорионната биопсия. Имах възможност да обсъдя всички интересувачи ме въпроси относно извършването на това изследване и съм съгласна за неговото провеждане.**

- БЕШЕ МИ ПРЕДОСТАВЕНА ПИСМЕНА ГЕНЕТИЧНА КОНСУЛТАЦИЯ.**
- ПОЛУЧИХ ИЗЧЕРПАТЕЛЕН ОТГОВОР НА ВСИЧКИ ВЪПРОСИ.**
- СЪГЛАСНА СЪМ ДА МИ СЕ ИЗВЪРШИ ХОРИОННА БИОПСИЯ.**

Желая да получа резултатите **ЛИЧНО / ПО ПОЩАТА** (подчертайте).

Желая генетично консултиране при получаване на резултатите: **ДА НЕ** (оградете).

Съгласна съм манипулацията да бъде извършена от д-р

---

Дата:

Подпис:

## **ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ПРЕНАТАЛНА ДИАГНОСТИКА на ХРОМОЗОМНИ БОЛЕСТИ**

Аз долуподписаната \_\_\_\_\_

**съм съгласна** да участвам в изследване за **пренатална (дородова) диагностика на хромозомни болести.**

**Разбирам**, че ще бъдат взети биологични проби **околоплодна течност / хорионни въси.**

Процедурата по вземане на материала носи допустимия минимален риск, за който съм информирана.

Разбирам, че върху взетия материал ще бъдат проведени изследвания с цел определяне дали плодът е засегнат от хромозомна болест или е носител на хромозомно пренареждане.

Изследването може да бъде извършено чрез ДНК анализ или цитогенетичен анализ на клетки от околоплодна течност или хорион.

### **1. ДНК анализ за хромозомни болести:**

o Дава информация за **конкретни** хромозомни болести: болест на Даун, болест на Едуардс, болест на Патау, триплоидия, наличие на допълнителни полови хромозоми при плода. В **над 95%** от случаите поводът за назначаване на изследването е съмнение за някоя от тези болести при плода.

o Не дава информация за останалите хромозоми. Вероятността да **бъде пропусната** хромозомна болест при плода, **различна** от изброените по-горе е **0,4%**.

o В някои семейства съществуващите ДНК методи **не са информативни**. Не винаги е възможно да се изключи синдром на Търнер при плод от женски пол.

o Време за изпълнение на анализите – до **5 работни дни**.

o Анализът **не може** да бъде извършен при наличие на **примес от майчина кръв** в пробата. В такива случаи е възможно да се проведе само цитогенетичен анализ.

### **2. Цитогенетичен анализ:**

o Дава информация за **всички хромозоми** в кариотипа на плода. Може да установи **99%** от клинично значимите хромозомни аномалии на плода.

o Анализът на хромозомите се извършва **на микроскоп** и не могат да се диагностицират хромозомни пренареждания с размер по-малък от разрешителните възможности на светлинната микроскопия.

o Изисква **предварително култивиране** на клетки от амниотична течност или хорион в изкуствена среда. Култивирането на клетките продължава средно от **11 до 21 дни**.

o В около **1%** от случаите може да има несъответствие между кариотипа на култивираните клетки и кариотипа на плода.

o В **1-2%** от случаите култивирането на клетките може да бъде **неуспешно**.

o Резултатът се получава в рамките на **14 до 21 дни**. В някои случаи анализът може да продължи до 30 дни.

### **Разбирам че:**

1. В някои случаи взетият материал за анализ може да се окаже недостатъчен или некачествен и тогава се налага повторно вземане на материал.

2. Резултати се съобщават след окончателното завършване на всички изследвания, свързани с тях.

Информирана съм за сроковете на получаване на резултат в конкретния случай.



3. След като приключат изследванията и получа окончателен резултат, част от ДНК може да бъде направена анонимна (име и всички кодове се отстраняват) и може да бъде използвана за научни цели, въвеждане на нови диагностични методи и контрола при други изследвания. Анонимността на ДНК пробите прави невъзможно съобщаването на резултатите от последващите изследвания, които могат и да не бъдат свързани с първия повод на изследването.

разрешавам

не разрешавам

**Съгласна съм** да бъде извършена пренатална (дородова) диагностика за хромозомни болести чрез:

ДНК анализ

Цитогенетичен анализ

**Желая** резултатите от анализа да се съобщават само на мен от генетичен консултант или от лекар, посочен от мен в поръчката.

Резултатите са тайни и могат да бъдат съобщавани на други медицински лица или други пациенти само с моето писмено съгласие.

**Желая** да получа резултатите:

лично

чрез официално упълномощено от мен лице

по пощата в предварително надписан плик

чрез лекар:.....

**Получих копие от това съгласие: Дата:** \_\_\_\_\_ **Подпис:** \_\_\_\_\_

**Обясних същността на изследването на гореподписания. Отговорих на всичките му въпроси.**

**Име:** \_\_\_\_\_ **Дата:** \_\_\_\_\_

**Подпис:**

## ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ) ПРИ ИНТЕНЗИВНИ ГРИЖИ ПРИ БРЕМЕННОСТ С РЕАЛИЗИРАН РИСК

Прееклампсията е усложнение на бременността, което включва всички форми на повишено кръвно налягане, наличие на отоци (основно на долните крайници) и белтък в урината. Това състояние възниква по-често при жени, бременни за първи път, при жени на възраст над 35 или под 17 години, жени с наднормено тегло или имали една бременност, усложнена с прееклампсия. Развива се обикновено във втората половина на бременността и много рядко в първата.

Понякога прееклампсията се проявява с болки в епигастралната област, гадене, повръщане, болки в дясното подреброе, рязко наддаване на тегло както и зрителни смущения и главоболие. Всички тези симптоми са свързани с промени в много органи и системи на бременната като черен дроб, бъбреци, главен мозък. Много силно се смущава кръвоснабдяването на бременната матка, при което настъпва забавяне в растежа и развитието на плода. Точно поради тази причина жените с прееклампсия раждат деца с ниско (поднормено) тегло.

За да има успех лечението при такива пациентки, то трябва да започне рано и навременно. На практика това означава, че при появата на първите симптоми на това заболяване бременната трябва да се настани в болница и да започне съответно лечение. Последното е комплексно и включва лекарства, понижаващи кръвното налягане, седативни лекарствени средства, увеличение приемането на белтъци с храната.

При по-тежките форми се прибегва към лечение с венозни вливания с магнезиеви препарати, белтъчни разтвори и плазма. Основен терапевтичен подход е лечението за подтискане на маточните контракции с включване на различни  $\beta$ -миметични средства. При тези пациентки се извършват серия ултразвукови прегледи и мониторно проследяване на детските сърдечни тонове с цел диагноза на състоянието на плода. Може да се прибегне и до извършването на амниоцентеза за установяване белодробната зрялост на плода. Всички тези изследвания имат значение за избора на време и начин на родоразрешение.

Като правило при тези пациентки раждането трябва да става преди установения термин за това. По-често се придържаме към нормален начин на родоразрешение, но не рядко раждането завършва по оперативен път – Цезарово сечение. Новородените деца се нуждаят от интензивни неонатални грижи и за тяхното отглеждане се изискват детски отделения, оборудвани със съответна апаратура и специалисти.