



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

020317 № 15-3/659-04

На № _____ от _____

Руководителям органов
государственной власти субъектов
Российской Федерации
в сфере охраны здоровья

Министерство здравоохранения Российской Федерации во исполнение пункта 1.5 Протокола видеоселекторного совещания под председательством Советника Президента Российской Федерации А.Ю. Левицкой по вопросу комплексной реабилитации детей с нарушением слуха после операции кохlearной имплантации от 18 января 2017 г. № 05/15/08 направляет информационное письмо по организации при выписке из учреждений родовспоможения обязательного информирования родильниц, дети которых были отнесены к группе риска развития нарушения слуха (по результатам 1 этапа аудиологического скрининга), о необходимости посещения сурдологического центра для проведения 2 этапа аудиологического скрининга – углубленной диагностики нарушения слуха у ребенка с примерной формой информирования родильницы.

Приложение: на 2 л. в 1 экз.

Директор Департамента
медицинской помощи детям
и службы родовспоможения

Е.Н. Байбарина



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994

тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

28.02.2017 № *15-3/017-1-07*

На № _____ от _____

Руководителям органов
государственной власти субъектов
Российской Федерации
в сфере охраны здоровья

Министерство здравоохранения Российской Федерации во исполнение пункта 1.5 Протокола видеоселекторного совещания под председательством Советника Президента Российской Федерации А.Ю. Левицкой по вопросу комплексной реабилитации детей с нарушением слуха после операции кохлеарной имплантации от 18 января 2017 г. № 05/15/08 рекомендует организовать при выписке из учреждений родовспоможения обязательное информирование родильниц, дети которых были отнесены к группе риска развития нарушения слуха (по результатам 1 этапа аудиологического скрининга), о необходимости посещения сурдологического центра для проведения 2 этапа аудиологического скрининга – углубленной диагностики нарушения слуха у ребенка.

Запись о проведенном вышеназванном информированном согласии родильниц рекомендуем вносить в историю родов родильницы и в медицинскую выписку, выдаваемую на руки родильницы при выписке из учреждения родовспоможения, для последующей передачи в детскую поликлинику.

Директор Департамента
медицинской помощи детям
и службы родовспоможения

Е.Н. Байбарина

Информирование
родильницы, ребенок которой был отнесен к группе риска развития нарушения слуха по результатам 1 этапа аудиологического скрининга, проведенного в родовспомогательном учреждении, о проведении 2 этапа аудиологического скрининга – углубленной диагностики нарушения слуха у ребенка

1. Я, нижеподписавшаяся _____,
(фамилия, имя, отчество родильницы (законного представителя ребенка)

_____ (указывается день, месяц и год рождения ребенка)

настоящим подтверждаю то, что проинформирована врачом:

а) о том, что мой ребенок отнесен к группе риска развития нарушения слуха по результатам 1 этапа аудиологического скрининга, проведенного в родовспомогательном учреждении;

б) о необходимости посещения сурдологического центра для проведения 2 этапа аудиологического скрининга – углубленной диагностики нарушения слуха у ребенка и о возможных последствиях отказа от его проведения.

Я, нижеподписавшаяся _____
(фамилия, имя, отчество родильницы)

Дата _____ (подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением 2 этапа аудиологического скрининга ребенку, и дал ответы на все вопросы.

Врач _____ Дата _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)