**Анкета конфиденциального расследования случая перинатальной смертности**

**раздел i. ведение в период беременности**

1. **Беременная взята на учет до 12 недель?** Да [ ] Нет [ ] Нет данных [ ]
2. **Назначена ли фолиевая кислота?** Да [ ] Нет [ ] Нет данных [ ]
3. **Был ли осуществлен полный объем исследований, предусмотренных в клиническом протоколе?**

* Полный [  ]
* Неполный[ ]
* Нет данных [ ]

1. **Были ли оценены перинатальные риски в момент взятия на учет?**

Да [ ] Нет [ ] Нет данных [ ]

1. **Если Да, был ли разработан план ведения беременности?** Да [] Нет [ ] Нет данных [ ]
2. **Вводился ли женщине с отрицательным резус-фактором антирезусный иммуноглобулин в течение 72 часов после предыдущей беременности?** Да [ ] Нет [ ] Нет данных [ ]
3. **Данная беременность:**

**Наличие риска** Да [] Нет [ ] Нет данных [ ]

**Без риска** Да [ ] Нет [ ] Нет данных [ ]

1. **Количество антенатальных визитов соответствовало стандарту для физиологической беременности?** Да [ ] Нет [ ]Нет данных [ ]

**< 4** [ ] **4-7** []  **>7** [ ]

**к акушеру-гинекологу \_\_\_\_\_ раз**

1. **Проводилось ли УЗИ на 10-14, 18-20 неделе** Да [] Нет [ ] Нет данных [ ]
2. **Была ли заполнена Гравидограмма?** Полностью [ ] Не полностью [ ] Не заполнена [ ]
3. **Принимались ли решения в случае отклонения от нормограммы?** Да [ ] Нет [ ]
4. **Было ли подозрение на ЗВУРП?** Да [ ] Нет [ ]
5. **Если Да, проводились ли необходимые исследования (УЗИ, допплерометрия)?** Да [ ] Нет [ ] Нет данных [ ]
6. **Если Да, было ли скорректировано ведение случая при ЗВУР плода** Да [ ] Нет [ ] Нет данных [ ]

**Если Нет, подтвердилось ли подозрение на ЗВУРП** Да[ ]Нет[ ]

1. **Проводилась ли обследование беременной на скрытый диабет.**

Да[ ]Нет[ ]

1. **Имело ли место подозрение на макросомию?**

Да[ ]Нет[ ]

1. **Проводилось ли выслушивание сердцебиений плода после 24 недель беременности?** Да [] Нет [ ] Нет данных [ ]
2. **Консультирована ли беременная другими специалистами (терапевтом и др.) в случае экстрагенитальной патологии, согласно показаниям?** Да [ ] Нет [ ] Нет данных [ ]
3. **Проводилась ли генетическая консультация до <16 недель** в случае отягощенного анамнеза (возраст >35 лет, привычного невынашивания беременности, рождения детей с наследственными заболеваниями, кровнородственные браки, врожденными дефектами, мертворождаемости).
4. **Проводилась ли оценка АД и протеинурии при каждом визите?** Да [ ] Нет [ ] Нет данных [ ]
5. **Была ли беременная направлена в соответствии с состоянием и клиническими протоколами?** Да [ ] Нет [ ] Нет данных [ ]
6. **Проинформировали ли беременную о необходимости наблюдать за шевелениями плода и обратиться к врачу в случае изменений характера двигательной активности плода?** Да [] Нет [ ] Нет данных [ ]
7. **При изменении двигательной активности плода, была ли беременная направлена к врачу, в соответствии со стандартами последующего ведения?** Да [ ] Нет [] Нет данных [ ]
8. **Сообщала ли беременная об изменении двигательной активности плода** Да [ ] Нет [ ] Нет данных [ ]
9. **Если Да, была ли она обследована?** Да [] Нет [ ] Нет данных [ ]
10. **В случае появления признаков неблагополучия, в течение какого времени беременная:**

**- обратилась за помощью \_\_\_\_\_\_\_\_ч** Нет данных [ ]

**- была консультирована \_\_\_\_\_\_\_\_ч** Нет данных [ ]

**- была госпитализирована \_\_\_\_\_\_\_\_ч** Нет данных [ ]

1. **Как была произведена транспортировка беременной в экстренном случае?**

* общественный транспорт [ ]
* медицинский специализированный транспорт [ ]
* самостоятельно[]

**раздел ii. ведение родов**

1. **Был разработан план ведения родов при поступлении в стационар?** Да [] Нет [ ]

Если Да, адекватен ли план ситуации? Да [ ] Нет [ ]

1. **Велись ли роды по Партограмме?** Да [] Нет [ ]
2. **Была ли заполнена Партограмма полно и правильно?** Да [] Нет [ ]

*Информация для экспертов (Национального комитета конфиденциального исследования):*

* заполнение считается полным и правильным, если: заполнены все разделы; в т.ч. проведена регистрация сердцебиений плода и сокращений матки каждые 30 мин;

1. **Велось ли соответствующее наблюдение за сердцебиениями плода до полного раскрытия шейки матки (I период)?** Да [ ] Нет []

* Каждые 30 минут при физиологических родах [ ]
* **Непрерывная КТГ** при патологической беременности (задержка развития, преэклампсия, стимуляция родов, мекониальная амниотическая жидкость)[ ]

1. **Были ли приняты своевременные и правильные меры в случае обнаружения отклонений отфизиологического течения?** Да [ ] Нет []

* Если Нет, уточните:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **В случае страдания плода, были ли приняты адекватные, верные решения в соответствии со случаем?** Да [ ] Нет [ ]
   * Изменение положения роженицы, O2, прекращение внутривенного введения окситоцина, токолиз Да [ ] Нет []
   * При отсутствии улучшения состояния плода было ли принято своевременное решение о проведении операции кесарева сечения Да [ ] Нет []
2. **Была ли проведена, в соответствии со стандартами, срочная операция кесарева сечения в течение 30 мин с момента принятия решения?** Да [ ] Нет [ ]

* Если Нет, укажите причины  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Была ли проведена антибиотикопрофилактика или антибиотикотерапия, в случае обнаружения признаков инфекции (Преждевременный разрыв плодного пузыря (ПРПП), длительный безводный промежуток, хорионамнионит и пр.)** Да [ ] Нет [ ]
2. **Велось ли наблюдение за сердцебиениями плода каждые 15 мин после полного раскрытия шейки матки и до возникновения потуг, а также после каждой потуги?** Да [ ] Нет [ ]
3. **Была ли оценена динамика продвижения предлежащей части посредством влагалищного исследования при возникновении проблем в родах со стороны матери или плода?** Да [ ] Нет [ ]

*информация для экспертов*

* нормальная продолжительность II периода - 2 часа для первородящей и 1 час - для повторнородящей женщины, при перидуральной анестезии: 3 и 2 часа соответственно

1. **В случае страдания плода во II периоде, роды закончились соответствующим образом и вовремя?**
   * Кесарево сечение Да [ ] Нет [ ]
   * Акушерские щипцы Да [ ] Нет [ ]
   * Вакуум-экстрактор Да [ ] Нет [ ]
   * Перинеотомия Да [ ] Нет [ ]
2. **Имело ли место родовозбуждение** Да [ ] Нет [ ]
3. **Было ли родовозбуждение обоснованным** Да [ ] Нет [ ]

*информация для экспертов*:

* в соответствии с клиническим протоколом

1. **Если Да, был ли обоснован метод индукции родов:** Да [ ] Нет [ ]

* Амниотомия [ ]
* Простагландины (в\в, перорально/интравагинально) (подчеркните) [ ]
* Окситоцин (внутривенно, внутримышечно) (подчеркните) [ ]

1. **Имело ли место родоусиление** Да [ ] Нет [ ]

**если Да**, каким методом проходила стимуляция

* + окситоцин [ ] (внутривенно, внутримышечно) (подчеркните)
  + амниотомия [ ]

1. **Было ли обосновано родоусиление?** Да [ ] Нет [ ]

*информация для экспертов*: стимуляция обоснована, если

* + - 1. латентный период составляет более 8 часов [ ]
      2. достигнута линия действия [ ]
      3. пройдена линия тревоги, и интенсивность схваток снижается

17. Применение **окситоцина проходило в соответствии с протоколом?** Да [ ] Нет [ ]

*Информация для экспертов*: в соответствии с внутренним протоколом учреждения

18.**Были ли назначены:** Да [ ] Нет [ ]

медикаментозная анальгезия Да [ ] Нет [ ]

перидуральная анальгезия (анестезия) Да [ ] Нет [ ]

**19. Роды в тазовом предлежании протекали в соответствии с клиническим протоколом**

Да [ ] Нет [ ]

**20.** **Вводился ли женщине с отрицательным резус-фактором антирезусный иммуноглобулин после родов?** Да [ ] Нет [ ]

**раздел iii. новорожденный**

1. **Обеспечение основного ухода**

Профилактика гипотермии:

Да [ ] Нет [ ]

Контакт кожа к коже

Да [ ] Нет [ ] Нет данных [ ] Нет, в связи с тяжелым состоянием [ ]

Раннее грудное вскармливание

Да [ ] Нет [ ] Нет данных [ ] Нет, в связи с тяжелым состоянием [ ]

Профилактика геморрагической болезни новорожденных

Да [ ] Нет [ ] Нет данных [ ]

Вакцинация

Да [ ] Нет [ ] Нет данных [ ] Нет, в связи с тяжелым состоянием [ ]

1. **Каков был состав команды, проводившей реанимацию новорожденного?**

* Неонатолог [ ]
* Акушер-гинеколог [ ]
* Анестезиолог [ ]
* Другие [ ]

1. **Проявлялись ли при родах признаки жизнеспособности?**

Да [ ] Нет [ ]

*информация для экспертов:* при проявлении хотя бы одного из данных признаков констатируется жизнеспособность ребенка: дыхание, сердечные сокращения; пульсация пуповины; спонтанные движения.

1. **Был ли оценен новорожденный для проведения реанимации?**

Да [ ] Нет [ ]

*информация для эксперта:* Наличие мекония в амниотической жидкости и на коже; Дышит или кричит; Частота сердечных сокращений, Наличие мышечного тонуса, цвет кожных покровов, уточнение срока беременности

1. **Были ли предприняты соответствующие реанимационные меры, в соответствии с протоколом**
2. Да [ ] Нет [ ]

*информация для эксперта:* см. Приложение 1 к разделу «Новорожденный»

1. **Если Нет, какие меры в рамках этапов реанимации не были предприняты или были предприняты несоответствующим образом?**

Этап A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Этап B\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Этап C \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Этап D \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Были ли мекониальные воды?** Да [ ] Нет [ ]
2. **Если Да, была ли произведена стимуляция ребенка перед интубацией для аспирации дыхательных путей?** Да [ ] Нет [ ]
3. **Если Да, был ли интубирован не активный ребенок?**

Да [ ] Нет [ ]

*информация для экспертов:* критерии для интубации: отсутствие дыхания, ЧСС< 100/мин, отсутствие активных движений

9.1. Время интубации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9.2. Продолжительность процесса интубации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9.3. Повторные интубации до извлечения мекония из трахеи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Осуществлялась ли ИВЛ с положительным давлением до удаления мекония?**

Да [ ] Нет [ ]

1. **Какие постреанимационные осложнения развились у ребенка?**

* ГИЭ [ ]
* легочная гипертензия [ ]
* артериальная гипотония [ ]
* водно-электролитные нарушения [ ]
* судорожный синдром [ ]
* гипогликемия [ ]
* проблемы вскармливания [ ]
* острая почечная недостаточность [ ]

1. **Проводилось ли ведение ГИЭ в соответствии с Республиканским протоколом?**

Да [ ] Нет [ ]

*информация для экспертов:* оценка стадии по классификации *Sarnat*;

*Наблюдение*: SрО2; электролиты; УЗИ; КЩС; АД; глюкоза, мочевина, tºC; вес до и после инфузии; диурез, печеночные ферменты; ЭхоКГ; ЭКГ; ЭЭГ.

*коррекция*: бикарбонат натрия, инотропы; восполнение ОЦК; фенобарбитал (др. противосудорожные препараты); инфузия в функциональном объеме или до 2/3 от дневной потребности;

1. **Адекватно ли проходило ведение легочной гипертензии в соответствии с Республиканским протоколом?**

Да [ ] Нет [ ]

*информация для экспертов:* расчет альвеолярно-артериального градиента в соответствии с КЩС (индекс оксигенации); допплер*-э*хокардиография; тест с гипероксией; КЩС; насыщенность О2 и пульс; АД; ИВЛ; введение инотропов; восполнения ОЦК; вазодилататоры

1. **Адекватно ли проходило ведение новорожденных с постаспирационной пневмонией, инфекцией в соответствии с Республиканскими протоколами?**

Да [ ] Нет [ ]

*информация для экспертов:* рентген грудной клетки; антибактериальная терапия, бактериологическое исследование крови

1. **Адекватно ли проходило ведение артериальной гипотонии в соответствии с Республиканским протоколом?**

Да [ ] Нет [ ]

*информация для экспертов*: АД; пульс; ЧСС; диурез; допплер; клинические признаки; объем экспандера; раствор глюкозы с дофамином, с увеличением дозы по мере необходимости

1. **Адекватно ли проходило ведение водно-электролитных нарушений в соответствии с Республиканским протоколом?**

Да [ ] Нет [ ]

*информация для экспертов:* КЩС; калий, натрий и т.д.

1. **Адекватно ли проходило ведение судорожного синдрома в соответствии с Республиканским протоколом?**

Да [ ] Нет [ ]

*информация для экспертов:* наблюдение глюкозы, кальций, натрий, общий анализ крови (ОАК); КЩС; УЗИ мозга, обследование СМЖ (2-3 дня); скрининг мочи и сыворотки крови на выявление наследственных нарушений обмена веществ; фенобарбитал; раствор глюкозы в/в при гипогликемии; раствор глюконата кальция при гипокальциемии; раствор натрия при гипонатриемии.

1. **Адекватно ли проходило ведение гипогликемии в соответствии с Республиканским протоколом?**

Да [ ] Нет [ ]

1. **Адекватно ли проходило ведение парентерального питания в соответствии с Республиканским протоколом?** Да [ ] Нет [ ]
2. **Измерялась ли температура в первые 30 минут после родов?**

Да [ ] Нет [ ]

1. **В случае гипотермии, ведение проходило в соответствии с Республиканским протоколом?**

Да [ ] Нет [ ]

1. **Применялся ли витамин К в целях профилактики геморрагической болезни в соответствии с Республиканским протоколом?**

Да [ ] Нет [ ]

1. **В полном ли объеме проводились исследования в соответствии с протоколом, в случае высокого материнского риска инфекции?**

Да [ ] Нет [ ]

*Информация для экспертов:* Тест-скрининг (ОАК, соотношение палочкоядерные/общее количество нейтрофилов или ЛИ (лейкоцитарный индекс), СРБ (С-реактивный белок), СОЭ (скорость оседания эритроцитов); гемокультура, анализ мочи, исследование спинномозговой жидкости; рентген грудной клетки в случае подозрения на пневмонию; рентген брюшной полости в случае подозрения ЯНЭ

1. **В полном ли объеме проводились исследования в соответствии с протоколом, в случае нозокомиальных инфекции?**

Да [ ] Нет [ ]

*Информация для экспертов:* Тест-скрининг (ОАК, соотношение палочкоядерные/общее количество нейтрофилов или ЛИ (лейкоцитарный индекс), СРБ (С-реактивный белок), СОЭ (скорость оседания эритроцитов); гемокультура, анализ мочи, исследование спинномозговой жидкости; рентген грудной клетки в случае подозрения на пневмонию; рентген брюшной полости в случае подозрения ЯНЭ, проводились ли инвазивные манипуляции (ИВЛ, катетеризация центральных сосудов)

1. **Адекватное ли проводилось лечение в соответствии с протоколом о неонатальной инфекции?**

Да [ ] Нет [ ]

1. **Если Нет, уточните** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **В случае риска диабетической фетопатии, проводилось ли обследование в соответствии с протоколом?**

Да [ ] Нет [ ]

*Информация для экспертов: тест-скрининг, наблюдение глюкозы, гематокрит, диурез, наблюдение ЧСС, ЧД, АД, ЭКГ*

1. **Если Да, проводилось ли лечение в соответствии с протоколом?**

Да [ ] Нет [ ]

1. **При подозрении на акушерскую травму, была ли она подтверждена в результате обследования?**

*информация для экспертов:* рентген черепа,компьютерная томография, УЗИ мозга. Наблюдение (см. асфиксия)

1. **Проводилось ли обследование в случае Rh-конфликта при родах и в динамике (группа крови, Rh и билирубин), в соответствии с протоколом?** Да [ ] Нет [ ]

*информация для экспертов: при родах, в динамике через 6 и 12 часов*

1. **Проводилось ли лечение изоиммунной гипербилирубинемии в соответствии с Республиканским протоколом?**

Да [ ] Нет [ ]

1. **Если Нет, уточните** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Был ли направлен новорожденный на соответствующий уровень, в соответствии с приказом регионализации?**

Да [ ] Нет [ ]

1. **Вводился ли женщинам с отрицательным резус-фактором антирезусный иммуноглобулин после родов?**

Да [ ] Нет [ ]

**Приложение 1 к Анкете конфиденциального исследования**

**Приложение к разделу «Новорожденный»**

1. **Было ли зафиксировано время начала реанимации?** Да [ ] Нет [ ]
2. **Предпринимались ли меры первичной реанимации в соответствии с оценкой состояния ребенка?** Да [ ] Нет [ ]
3. **Правильно ли предпринимались общие меры: Этап А** Да [ ] Нет [ ]

*информация для экспертов:*

*компоненты* **Этапа А:** обеспечение тепла; правильное положение; санация дыхательных путей, обсушивание; тактильная стимуляция, мониторинг SpО2

1. **Правильно ли осуществлялись компоненты Этапа В?**

* Вентиляции при помощи саморасправляющегося мешка с маской в течение 30 сек. при отсутствии дыхания и брадикардии Да [ ] Нет [ ]
* Введение желудочного зонда с целью снижения давления в случае вентиляции >2 мин Да [ ] Нет [ ]

1. **Была ли проведена оценка состояния ребенка после осуществления этапов первичной реанимации?**

* Частота дыхания Да [ ] Нет [ ]
* Частота сердечных сокращений Да [ ] Нет [ ]
* Цвет кожных покровов Да [ ] Нет [ ]

1. **Ребенок был интубирован в соответствии с показаниями?** Да [ ] Нет [ ]

* Наличие мекония и неактивный ребенок
* необходимость продолжительной искусственной вентиляции легких
* Неэффективная вентиляция при помощи саморасправляющегося мешка и маски
* Необходимость непрямого массажа сердца
* Необходимость применения адреналина
* Специфические потребности (недоношенность, введение сурфактанта, диафрагмальная грыжа)

**Этап C.**

1. В случае ЧСС< 60/мин на фоне ИВЛ был ли произведен непрямой массаж сердца?

Да [ ] Нет [ ]

**Этап D.**

1. В случае ЧСС< 60/мин на фоне ИВЛ и массажа сердца вводился ли адреналин?

Да [ ] Нет [ ]

1. При наличии признаков гиповолемии (устойчивая бледность на фоне оксигенотерапии, нитевидный пульс, симптом «белого пятна» ≥3 сек и артериальная гипотония) был ли проведено восполнение ОЦК (плазмозаменитель)? Да [ ] Нет [ ]

* Физиологический раствор Да [ ] Нет [ ]
* Рингера лактат Да [ ] Нет [ ]
* Rh-отрицательная эритроцитарная масса Да [ ] Нет [ ]
* плазма Да [ ] Нет [ ]
  1. **Правильно ли применялись дозы использованных препаратов?** Да [ ] Нет [ ]

**iv. раздел морфопатологии**

**1. Проводилось ли вскрытие**? Да [ ] Нет [ ]

если **Нет**, укажите причину**:**

- отказ родителей [ ]

- другое [ ]

**2. Если Да, было ли оно проведено в первые 24 часа после смерти?** Да [ ] Нет [ ]

**3. Было ли проведено макроскопическое исследование?**

3.1. органов Да [ ] Частично ( ) Нет [ ]

3.2. плаценты и пуповины Да [ ] Частично ( ) Нет [ ]

**4. Укажите важные аспекты, выявленные в результате макроскопического исследования:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**5. Было ли выдано свидетельство о перинатальной смерти?**

- предварительное [ ]

- окончательное [ ]

- окончательное взамен предварительного

- окончательное взамен окончательного

**6. Было ли проведено микробиологическое исследование?**

6.1. органов Да [ ] Нет [ ]

6.2. гемокультуры правого желудочка сердца Да [ ] Нет [ ]

6.3. плаценты Да [ ] Нет [ ]

**7. Было ли проведено гистологическое исследование?**

7.1. тканей и органов Да [ ] Нет [ ]

7.2. плаценты с плодными оболочками и пуповины Да [ ] Нет [ ]

**8. Если Нет, какова была причина?**

- не было направлено на исследование [ ]

- др. [ ]

**9. Укажите важные аспекты, выявленные в результате гистологического исследования:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Оформление патологоанатомического диагноза в соответствии с 10-ым пересмотром МКБ**