

НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ НА ВПС

Ф.И.О. _____ **Пол** муж./жен. **Дата** _____ **Возраст** _____ с.ж.
 Пульсация на периферических артериях: достаточная, симметричная ДА / НЕТ (подчеркнуть)
 Цвет видимых слизистых оболочек - розовый: ДА / НЕТ (подчеркнуть).

<u>Правая рука</u>			<u>Левая нога</u>
АД, мм.рт.ст.	SpO2, %		АД, мм.рт.ст. SpO2, %
		→	



Градиент SpO2 правая рука / нога больше 3%: ДА / НЕТ (подчеркнуть)
 SpO2 на обеих конечностях более 95%: ДА / НЕТ (подчеркнуть)
 Градиент САД правая рука / нога более 10 мм.рт.ст.: ДА / НЕТ (подчеркнуть)

Расширенный скрининг на ВПС (при отрицательном ответе на один и более вопросов).	Через 1 ч	Через 2 ч	Через 3 ч
SpO2 (правая рука) %			
SpO2 (нога) %			
АД (правая рука) мм рт ст			
АД (нога) мм рт ст			
При положительном результате расширенного скрининга на ВПС провести кислородный тест (100% кислород 10 мин) после чего измерить:	SpO2 (правая рука) %		
	SpO2 (нога) %		
	АД (правая рука) мм рт ст		
	АД (нога) мм рт ст		

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СКРИНИНГА НА ВПС: ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ / ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ
 (подчеркнуть)

При положительном результате скрининга назначить: ЭХО КГ, консультацию кардиолога/кардиохирурга

Подписи: Врач неонатолог _____ / _____

Медицинская сестра _____ / _____