ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ФГБУ «ИВАНОВСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА им. В.Н. ГОРОДКОВА» МИНЗДРАВА РОССИИ

«15» октября 2026 г.

П Р И К А З

от 15.10.2026 № 19В/729-ост

Об организации проведения расширенного неонатального скрининга в Ивановской области

В целях исполнения приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.04.2025 № 222н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология», от 21.04.2022 № 274н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи пациентом с врожденными и (или) наследственными заболеваниями», от 19.12.2025 № 745н «О внесении изменений в пункт 10 порядка оказания медицинской помощи пациентам с врожденными и (или) наследственными заболеваниям, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.04.2022 № 274н», от 22.03.2006 № 185 «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания» и обеспечения доступной медицинской помощи новорожденным с врожденными и наследственными заболеваниями, снижения младенческой заболеваемости и смертности в Ивановской области **приказываем**:

1. Утвердить:

1.1. Алгоритм проведения неонатального скрининга в Ивановской области (приложение 1 к приказу).

1.2. Алгоритм проведения расширенного неонатального скрининга в Ивановской области (приложение 2 к приказу).

1.3. Стандартную операционную процедуру «Забор капиллярной крови (пункция пятки) для неонатального и расширенного неонатального скринингов» (приложение 3 к приказу).

1.4. Перечень медицинских организаций, осуществляющих забор крови на неонатальный и расширенный неонатальный скрининг и схему маршрутизации (приложение 4 к приказу).

1.5. Форму по предоставлению информации по ответственному за организацию, проведение и контроль неонатального скрининга и расширенного неонатального скрининга (приложение 5 к приказу).

1.6. Памятку для родителей новорожденных детей (приложение 6 к приказу).

1.7. Форму информированного добровольного согласия на проведение неонатального скрининга (приложение 7 к приказу).

1.8. Форму информированного отказа на проведение неонатального скрининга (приложение 8 к приказу).

1.9. Форму информированного добровольного согласия на проведение ретеста и/или подтверждающей диагностики в рамках неонатального скрининга (приложение 9 к приказу).

2. Главным врачам областных бюджетных учреждений здравоохранения «Родильный дом №1», «Родильный дом №4», «Кинешемская ЦРБ», Вичугская ЦРБ, «ОДКБ» обеспечить:

2.1. Организацию неонатального и расширенного неонатального скрининга согласно утвержденных алгоритмов и схеме маршрутизации в соответствии с приложениями 1, 2, 4 к приказу.

2.2. Информирование законных представителей новорожденного ребенка, получение информированного добровольного согласия/отказа на проведение неонатального скрининга и расширенного неонатального скрининга, ретеста и/или подтверждающей диагностики в рамках неонатального скрининга (приложения 6, 7, 8, 9 к приказу).

2.3. Оформление структурированного электронного медицинского документа «Медицинское свидетельство о рождении» в региональной медицинской информационной системе системы здравоохранения Ивановской области.

2.4. Оформление структурированного электронного медицинского документа «Направление на неонатальный скрининг» в региональной медицинской информационной системе системы здравоохранения Ивановской области.

2.5. Оформление структурированного электронного медицинского документа «Направление на расширенный неонатальный скрининг» в региональной медицинской информационной системе системы здравоохранения Ивановской области.

2.6. Транспортировку биологического материала и направление в медико-генетическую консультацию Федерального государственного бюджетного учреждения «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России) по адресу г. Иваново, ул. Победы, д.20 организовать ежедневно, кроме воскресенья, с 9:00 до 12:00 часов.

2.7. Проведение стандартной операционной процедуры «Забор капиллярной крови (пункция пятки) для неонатального и расширенного неонатального скринингов» согласно приложению 3 к приказу.

2.8. Назначение ответственных сотрудников за организацию, проведение и контроль неонатального скрининга и расширенного неонатального скрининга (приложение 5 к приказу). Перечень ответственных сотрудников предоставить в Департамент здравоохранения Ивановской области на электронный адрес главного советника отдела организации медицинской помощи детскому населению и службы родовспоможения

М.В. Макаровой до 30.10.2026, далее ежегодно предоставлять сведения до 10 января.

2.9. Обеспечить обучение профильных специалистов по проведению стандартной операционной процедуры «Забор капиллярной крови (пункция пятки) для неонатального и расширенного неонатального скринингов» в соответствии с приложением 3 к приказу и проведение еженедельного контроля качества за проведением стандартной операционной процедуры «Забор капиллярной крови (пункция пятки) для неонатального и расширенного неонатального скринингов».

3. Главным врачам областных бюджетных учреждений здравоохранения Ивановской области:

3.1. организовать информирование беременных женщин о проведении неонатального и расширенного неонатального скрининга на наследственные заболевания при постановке на учет по беременности с использованием памятки для родителей новорожденных детей, утвержденной приложением 6 к настоящему приказу. Отметка о проведении информирования вносится в медицинскую документацию.

3.1. Обеспечить в течение 24 часов направление новорожденных из группы высокого риска в медико-генетическую консультацию ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России для забора образцов крови для повторного скринингового исследования и для проведения подтверждающей биохимической и (или) молекулярно-генетической и (или) молекулярно-цитогенетической диагностики в медико-генетическую консультацию, выполняющей функции референс-центра по подтверждающей диагностике врожденных и (или) наследственных заболеваний.

3.2. Обеспечить оказание медицинской помощи детям с установленными врожденными и (или) наследственными заболеваниями по профилю заболеваний.

3.3. обеспечить диспансерное наблюдение, патогенетическое лечение выявленных пациентов с заболеваниями из группы наследственных болезней обмена в амбулаторных условиях, своевременное назначение и оформления заявки на лечебное питание или лекарственное обеспечение пациентов и передачу в отдел лекарственного обеспечения Департамента здравоохранения Ивановской области.

3.4. Назначить ответственных сотрудников за организацию оказание медицинской помощи детям с установленными врожденными и (или) наследственными заболеваниями, за взаимодействие с медико-генетической консультацией ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России для направления пациентов для повторного скринингового исследования и для проведения подтверждающей биохимической и (или) молекулярно-генетической и (или) молекулярно-цитогенетической диагностики в медико-генетическую консультацию (приложение 5 к приказу). Перечень ответственных сотрудников предоставить в Департамент здравоохранения Ивановской области на электронный адрес главного советника отдела организации медицинской помощи детскому населению и службы

родовспоможения М.В. Макаровой до 30.10.2026, далее ежегодно предоставлять сведения до 10 января.

4. Заместителю директора по лечебной части Федерального государственного бюджетного учреждения «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н.Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации О.Н. Песикину (по согласованию) обеспечить организацию неонатального и расширенного неонатального скрининга согласно утвержденных алгоритмов и схем маршрутизации (приложение 1,2, 3 к приказу).

5. Главному внештатному специалисту по медицинской генетике Департамента здравоохранения Ивановской области (Т.П. Жуковой) обеспечить проведение обучения профильных специалистов по проведению забора крови и направлению биологического материала в ФГБУ «Ив НИИ МиД им.В.Н. Городкова» Минздрава России.

6. Директору областного бюджетного учреждения здравоохранения особого типа «Медицинский информационно-аналитический центр» осуществлять техническую поддержку по оформлению медицинскими организациями структурированных электронных медицинских документов «Медицинское свидетельство о рождении», «Направление на неонатальный скрининг» и «Направление на расширенный неонатальный скрининг».

7. Приказ Департамента здравоохранения Ивановской области и ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России от 01.12.2022 № 286/756 «О внедрении расширенного неонатального скрининга в Ивановской области» считать утратившим силу.

8. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя директора Департамента здравоохранения Ивановской области Слабинскую Т.В. и заместителя директора по лечебной части ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России Песикина О.Н.

Член Правительства Ивановской области - директор Департамента здравоохранения Ивановской области

_____ Е.С. Левина

Директор ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России

_____ А.И. Малышкина

Приложение 1
к приказу
Департамента здравоохранения
Ивановской области
и ФГБУ «Ив НИИ МиД
им. В.Н. Городкова»
Минздрава России
от 15.10.2026 № 198/729-осн

Алгоритм проведения неонатального скрининга в Ивановской области

1. Неонатальный скрининг на врожденные и (или) наследственные заболевания проводится на следующие заболевания:

1) Фенилкетонурия (классическая фенилкетонурия — Е70.0 МКБ-10). Исследование проводится до запуска расширенного неонатального скрининга

2) Дефицит биотинидазы (недостаточность других уточненных витаминов группы В — Е53.8 МКБ-10). Исследование проводится после запуска расширенного неонатального скрининга;

3) Врождённый гипотиреоз (врождённый гипотиреоз с диффузным зобом — Е03.0 МКБ-10; врождённый гипотиреоз без зоба — Е03.1 МКБ-10; дисгормональный зоб — Е07.1 МКБ-10; другие уточненные болезни щитовидной железы — Е07.8 МКБ-10);

4) Муковисцидоз (кистозный фиброз с легочными проявлениями — Е84.0 МКБ-10; кистозный фиброз с кишечными проявлениями — Е84.1 МКБ-10; кистозный фиброз с другими проявлениями — Е84.8 МКБ-10; кистозный фиброз неуточненный — Е84.9 МКБ-10);

5) Галактоземия (нарушения обмена галактозы — Е74.2 МКБ-10);

6) Адреногенитальный синдром (врожденные адреногенитальные нарушения, связанные с дефицитом ферментов — Е25.0 МКБ-10; другие адреногенитальные нарушения — Е25.8 МКБ-10; адреногенитальное нарушение неуточненное — Е25.9 МКБ-10)

2. Неонатальный скрининг на врожденные и (или) наследственные заболевания включает массовое (безотборное) обследование новорожденных на врожденные и (или) наследственные заболевания для раннего доклинического выявления заболеваний и их своевременного лечения с целью профилактики ранней смертности и инвалидизации детей, предусматривающее осуществление медико-генетической консультацией следующих действий:

1) проведение каждому новорожденному скринингового исследования;

2) формирование группы высокого риска врожденных и (или) наследственных заболеваний;

3) проведение подтверждающих биохимических и (или) молекулярно-генетических исследований новорожденных из группы высокого риска врожденных и (или) наследственных заболеваний;

4) медико-генетическое консультирование пациентов с подтвержденным диагнозом врожденных и (или) наследственных заболеваний (членов их семей).

3. Перед получением информированного добровольного согласия / отказа на проведение неонатального скрининга законный представитель ребёнка должен быть ознакомлен с Памяткой для родителей новорожденных детей (приложение 6 к приказу).

4. Перед взятием образцов крови заполняется информированное добровольное согласие / отказ на проведение неонатального скрининга и расширенного неонатального скрининга на врожденные и (или) наследственные заболевания (приложение 7, 8 к приказу).

Заполненное информированное добровольное согласие / отказ хранится в медицинской организации, осуществившей взятие образца крови.

5. Для проведения неонатального скрининга на врожденные и (или) наследственные заболевания забор образцов крови осуществляют из пятки новорожденного через 3 часа после кормления, в возрасте 24 - 48 часов жизни у доношенного и на 7 сутки (144 - 168 часов) жизни у недоношенного новорожденного.

6. По месту рождения ребенка формируется СЭМД «Медицинское свидетельство о рождении», имеющего идентификационный номер, который сопровождает исследования и консультации данного ребенка на всех этапах неонатального и расширенного неонатального скрининга.

7. Забор образцов крови осуществляется на фильтровальный бумажный тест-бланк (далее - тест-бланк).

8. Направление для забора образцов крови и последующего проведения неонатального скрининга (далее - направление) формируется медицинским работником посредством медицинской информационной системы с созданием СЭМДа, распечатывается и прикрепляется к тест-бланку.

9. Направление содержит следующую информацию:

1) наименование медицинской организации, в которой произведен забор образцов крови у новорожденного;

2) контактный телефон медицинской организации, в которой произведен забор образцов крови у новорожденного;

3) фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, производившего забор образцов крови у новорожденного;

4) фамилия, имя, отчество (при наличии) матери новорожденного;

5) дата рождения матери новорожденного;

6) документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета, содержащий страховой номер индивидуального лицевого счета матери новорожденного;

7) адрес регистрации по месту жительства (месту пребывания) и адрес фактического проживания матери новорожденного;

8) контактный телефон матери новорожденного;

9) данные документа, удостоверяющего личность матери новорожденного (тип документа, серия, номер, дата выдачи, кем выдан);

10) номер полиса обязательного медицинского страхования матери новорожденного;

11) дата и время родов новорожденного;

12) пол новорожденного;

13) при многоплодных родах - очередность при рождении новорожденного (первый, второй, третий и следующий ребенок);

14) уникальный идентификационный номер тест-бланка;

15) дата и время забора образцов крови у новорожденного;

16) диагноз новорожденного (код МКБ-10; для здоровых новорожденных указывается код: Z00.1 МКБ-10);

17) срок гестации, на котором произошли роды (полных акушерских недель/дней);

18) масса тела новорожденного;

19) отметка о факте переливания крови новорожденному (да/нет), дата переливания (при наличии);

20) отметка о первичном/повторном направлении с указанием причины повторного исследования.

10. Информация о заборе образцов крови (дата и время забора образцов крови) вносится в карту развития ребенка и выписной эпикриз.

11. Для лабораторного исследования образцов крови новорожденных в рамках неонатального скрининга на врожденные и (или) наследственные заболевания используются тест-бланки с 5 пятнами крови.

12. Тест-бланки ежедневно собираются и проверяются на качество забора крови и правильность их заполнения ответственным медицинским работником, назначенным руководителем медицинской организации. Данный сотрудник несет также ответственность за повторный забор образцов крови у новорожденных, тест-бланки которых в лаборатории признаны некачественными (пропитана кровью не вся очерченная поверхность кружков, бланки пропитаны кровью не насквозь).

13. Во избежание загрязнения тест-бланки упаковываются, не соприкасаясь пятнами крови и не накладываясь друг на друга, герметично в индивидуальную упаковку и вместе с направлениями отправляются в медико-генетическую консультацию.

14. При поступлении новорожденного под динамическое наблюдение в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь по месту жительства, или при переводе по медицинским показаниям в иную медицинскую организацию в случае отсутствия в медицинской документации новорожденного отметки о взятии образца крови, осуществляется забор образцов крови у новорожденных для проведения неонатального скрининга.

15. Тест-бланки с образцами крови (5 пятен) доставляются из медицинской организации, осуществившей забор образцов крови в медико-

генетическую консультацию ФГБУ «Ив НИИ МиД им.В.Н.Городкова» Минздрава России ежедневно или при необходимости 1 раз в 2 дня.

16. Медико-генетическая консультация ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В. Н. Городкова» Минздрава России осуществляет скрининговые лабораторные исследования образцов крови новорожденных (неонатальный скрининг) из тест-бланков с 5 пятнами крови новорожденных.

17. Время проведения скрининговых исследований составляет не более 72 часов от времени поступления тест-бланков.

18. Результаты скрининговых исследований на 5 заболеваний переносятся врачом-лаборантом из программы «НеоСкринРегистр», адаптированной к диагностической системе «Вектор» в ВИМИС «АК и НЕО» автоматически либо вручную.

19. При получении результатов скрининговых исследований формируется группа детей «условно здоровых» по всем исследуемым заболеваниям и группам высокого риска врожденных и (или) наследственных заболеваний.

20. Дети из группы детей «условно здоровые» не требуют дополнительных исследований и информирования медицинских организаций о результатах скрининговых исследований.

21. В течение 24 часов после получения информации новорожденный из группы высокого риска приглашается для забора образцов крови для повторного скринингового исследования и проведения подтверждающей биохимической и (или) молекулярно-генетической диагностики. Забор образцов крови для ретестирования осуществляется в детских поликлиниках по месту жительства, медико-генетических консультациях, отделениях патологии новорожденных и детских больницах (если ребенок находится в стационаре). Вызов осуществляется посредством защищенного информационного канала «VIPNET» через медицинское учреждение, оказывающее первичную медико-санитарную помощь и обслуживающее пациентов по адресу, указанному в направлении на скрининг. Если адреса регистрации и фактического проживания матери новорожденного, указанные в направлении, не совпадают, то вызов ребенка для повторного обследования осуществляется по обоим адресам. Сведения об иногородних пациентах направляются заведующему МГК по месту жительства ребенка. Ответственность за передачу информации в медицинское учреждение, осуществляющее первичную медико-санитарную помощь и заведующему МГК (для иногородних пациентов) несет сотрудник МГК, передающий информацию.

За своевременность вызова пациента для повторного обследования несет ответственность руководитель медицинского учреждения, осуществляющего первичную медико-санитарную помощь, а для иногородних пациентов – заведующий МГК по месту жительства пациента. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь, информирует МГК (через защищенный канал связи или по телефону) о пациентах, вызвать которых для повторного обследования не удалось. Если ребенок не поступал под наблюдение медицинских

учреждений, осуществляющих первичную медицинскую помощь, по указанным в направлении адресам, и многократные посещения по указанным адресам не установили наличия ребенка, дальнейший поиск прекращается.

22. При наличии медицинских показаний врач-генетик медико-генетической консультации ФГБУ «Ив НИИ МиД им.В.Н.Городкова» Минздрава России немедленно направляет новорожденного из группы высокого риска на госпитализацию в медицинскую организацию Ивановской области по профилю заболевания, назначает специализированные продукты лечебного питания до получения результатов повторного скринингового исследования и подтверждающей диагностики.

23. Время проведения повторных скрининговых исследований составляет не более 72 часов. Время проведения подтверждающих биохимических, молекулярно-генетических и молекулярно-цитогенетических исследований в ФГБНУ «МГНЦ» по подтверждающей диагностике врожденных и (или) наследственных заболеваний, составляет не более 10 рабочих дней.

24. После получения результатов повторного скринингового исследования и подтверждающей диагностики формируется группа детей с выявленным врожденным и (или) наследственным заболеванием, сведения о которых передаются медико-генетической консультацией ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России в течение 24 часов после получения результатов исследования в медицинскую организацию по месту проживания или нахождения новорожденного с соответствующими рекомендациями.

25. При отсутствии клинических проявлений врожденного и (или) наследственного заболевания врач - участковый педиатр, врач общей практики по месту жительства в течение 48 часов направляет новорожденного с выявленным врожденным и (или) наследственным заболеванием в медико-генетическую консультацию ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России или к специалистам по профилю заболевания медицинских организаций для назначения лечения. При наличии медицинских показаний по направлению лечащего врача медицинской организации по месту жительства по согласованию с врачом-генетиком медико-генетической консультации ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России или медицинской организации третьей А и Б групп после подтверждения диагноза врожденного и (или) наследственного заболевания новорожденный при необходимости госпитализируется в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь детям по профилю заболевания. В случае нахождения новорожденного на лечении в стационаре проводится консультация с врачом-генетиком медико-генетической консультации ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России или медицинской организацией третьей А и Б групп по профилю заболевания ребенка с применением телемедицинских технологий.

Приложение 2
к приказу
Департамента здравоохранения
Ивановской области
и ФГБУ «Ив НИИ МиД
им. В.Н. Городкова»
Минздрава России
от 15.10.2026 № 198/729-ОПА

Алгоритм проведения расширенного неонатального скрининга в Ивановской области

1. Расширенный неонатальный скрининг на врожденные и (или) наследственные заболевания проводится на следующие заболевания:

1) Дефицит синтеза биоптерина (тетрагидробиоптерина) (другие виды гиперфенилаланинемии — Е70.1 МКБ-10);

2) Дефицит реактивации биоптерина (тетрагидробиоптерина) (другие виды гиперфенилаланинемии — Е70.1 МКБ-10);

3) Тирозинемия, тип I (нарушения обмена тирозина — Е70.2 МКБ-10);

4) Другие нарушения обмена ароматических аминокислот - Е70.8 МКБ-10 (дефицит декарбоксилазы ароматических L-аминокислот (AADC);

5) Болезнь с запахом кленового сиропа мочи (болезнь «кленового сиропа» — Е71.0 МКБ-10);

6) Гомоцистинурия (нарушения обмена серосодержащих аминокислот — Е72.1 МКБ-10);

7) Пропионовая ацидемия (другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью — Е71.1 МКБ-10);

8) Метилмалоновая ацидемия (метилмалонил КоА-мутазы недостаточность) (другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью — Е71.1 МКБ-10);

9) Метилмалоновая ацидемия (недостаточность кобаламина А) (другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью — Е71.1 МКБ-10);

10) Метилмалоновая ацидемия (недостаточность кобаламина В) (другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью — Е71.1 МКБ-10);

11) Метилмалоновая ацидемия (недостаточность кобаламина С) (другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью — Е71.1 МКБ-10);

12) Метилмалоновая ацидемия (недостаточность кобаламина D) (другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью — Е71.1 МКБ-10);

13) Метилмалоновая ацидемия (дефицит метилмалонил КоА-эпимеразы) (другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью — Е71.1 МКБ-10);

14) Изовалериановая ацидемия (другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью — Е71.1 МКБ-10);

15) 3-гидрокси-3-метилглутаровая ацидурия (другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью — Е71.1 МКБ-10);

16) Глутаровая ацидемия, тип I (нарушения обмена лизина и гидроксилизина — Е72.3 МКБ-10);

17) Глутаровая ацидемия, тип II (нарушения обмена жирных кислот — Е71.3 МКБ-10);

18) Первичная карнитиновая недостаточность (нарушения обмена жирных кислот — Е71.3 МКБ-10);

19) Среднецепочечная ацил-КоА дегидрогеназная недостаточность (нарушения обмена жирных кислот — Е71.3 МКБ-10);

20) Длинноцепочечная 3-ОН ацил-КоА дегидрогеназная недостаточность (нарушения обмена жирных кислот — Е71.3 МКБ-10);

21) Очень длинноцепочечная ацил-КоА дегидрогеназная недостаточность (нарушения обмена жирных кислот — Е71.3 МКБ-10);

22) Недостаточность митохондриального трифункционального белка (нарушения обмена жирных кислот — Е71.3 МКБ-10);

23) Недостаточность карнитин-пальмитоилтрансферазы, тип I (нарушения обмена жирных кислот — Е71.3 МКБ-10);

24) Недостаточность карнитин-пальмитоилтрансферазы, тип II (нарушения обмена жирных кислот — Е71.3 МКБ-10);

25) Недостаточность карнитин-ацилкарнитинтранслоказы (нарушения обмена жирных кислот — Е71.3 МКБ-10);

26) Х-сцепленная адренолейкодистрофия;

27) Цитруллинемия, тип I (нарушения обмена цикла мочевины — Е72.2 МКБ-10);

28) Аргиназная недостаточность (нарушения обмена цикла мочевины — Е72.2 МКБ-10);

29) Бета-кетотиолазная недостаточность (другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью — Е71.1 МКБ-10);

30) Фенилкетонурия (классическая фенилкетонурия — Е70.0 МКБ-10);

31) Недостаточность синтетазы голокарбоксилаз (недостаточность других уточненных витаминов группы В — Е53.8 МКБ-10);

32) Спинальная мышечная атрофия (детская спинальная мышечная атрофия, I тип [Верднига-Гоффмана] — G12.0 МКБ-10; другие наследственные спинальные мышечные атрофии — G12.1 МКБ-10; спинальная мышечная атрофия неуточненная — G12.9 МКБ-10);

33) Первичные иммунодефициты (иммунодефициты с преимущественной недостаточностью антител — D80 МКБ-10; комбинированные иммунодефициты — D81 МКБ-10; иммунодефициты, связанные с другими значительными дефектами — D82 МКБ-10; обычный вариабельный иммунодефицит — D83 МКБ-10; другие иммунодефициты — D84 МКБ-10).

2. Расширенный неонатальный скрининг на врожденные и (или) наследственные заболевания включают массовое (безотборное) обследование новорожденных на врожденные и (или) наследственные заболевания для раннего доклинического выявления заболеваний и их своевременного лечения с целью профилактики ранней смерти и инвалидизации детей, предусматривающее осуществление медико-генетической консультацией следующих действий:

1) проведение каждому новорожденному скринингового исследования;

2) формирование группы высокого риска врожденных и (или) наследственных заболеваний;

3) проведение подтверждающих биохимических и (или) молекулярно-генетических исследований новорожденных из группы высокого риска врожденных и (или) наследственных заболеваний;

4) медико-генетическое консультирование пациентов с подтвержденным диагнозом врожденных и (или) наследственных заболеваний (членов их семей).

3. Для проведения расширенного неонатального скрининга на врожденные и (или) наследственные заболевания забор образцов крови осуществляют из пятки новорожденного через 3 часа после кормления, в возрасте 24 - 48 часов жизни у доношенного и на 7 сутки (144 - 168 часов) жизни у недоношенного новорожденного.

4. По месту рождения ребенка формируется структурированный электронный документ «Медицинское свидетельство о рождении», имеющего идентификационный номер, который сопровождает исследования и консультации данного ребенка на всех этапах неонатального и расширенного неонатального скринингов.

5. Забор образцов крови осуществляется на фильтровальный бумажный тест-бланк (далее - тест-бланк).

6. Направление для забора образцов крови и последующего проведения расширенного неонатального скрининга (далее - направление) формируется медицинским работником посредством медицинской информационной системы с созданием структурированного электронного документа, распечатывается и прикрепляется к тест-бланку.

7. Направление содержит следующую информацию:

1) наименование медицинской организации, в которой произведен забор образцов крови у новорожденного;

2) контактный телефон медицинской организации, в которой произведен забор образцов крови у новорожденного;

3) фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, производившего забор образцов крови у новорожденного;

4) фамилия, имя, отчество (при наличии) матери новорожденного;

5) дата рождения матери новорожденного;

6) документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета, содержащий страховой номер индивидуального лицевого счета матери новорожденного;

7) адрес регистрации по месту жительства (месту пребывания) и адрес фактического проживания матери новорожденного;

8) контактный телефон матери новорожденного;

9) данные документа, удостоверяющего личность матери новорожденного (тип документа, серия, номер, дата выдачи, кем выдан);

10) номер полиса обязательного медицинского страхования матери новорожденного;

11) дата и время родов новорожденного;

12) пол новорожденного;

13) при многоплодных родах - очередность при рождении новорожденного (первый, второй, третий и следующий ребенок);

14) уникальный идентификационный номер тест-бланка;

15) дата и время забора образцов крови у новорожденного;

16) диагноз новорожденного (код МКБ-10; для здоровых новорожденных указывается код: Z00.1 МКБ-10);

17) срок гестации, на котором произошли роды (полных акушерских недель/дней);

18) масса тела новорожденного;

19) отметка о факте переливания крови новорожденному (да/нет), дата переливания (при наличии);

20) отметка о первичном/повторном направлении с указанием причины повторного исследования.

8. Информация о заборе образцов крови (дата и время забора образцов крови) вносится в карту развития ребенка и выписной эпикриз.

9. Для лабораторного исследования образцов крови новорожденных в рамках расширенного неонатального скрининга на врожденные и (или) наследственные заболевания используются тест-бланки с 3 пятнами крови.

10. Тест-бланки ежедневно собираются и проверяются на качество забора крови и правильность их заполнения ответственным медицинским работником, назначенным руководителем медицинской организации. Данный сотрудник несет также ответственность за повторный забор образцов крови у новорожденных, тест-бланки которых в лаборатории признаны некачественными (пропитана кровью не вся очерченная поверхность кружков, бланки пропитаны кровью не насквозь).

11. Во избежание загрязнения тест-бланки упаковываются, не соприкасаясь пятнами крови и не накладываясь друг на друга, герметично в индивидуальную упаковку и вместе с направлениями отправляются в медико-генетическую консультацию ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России.

12. При поступлении новорожденного под динамическое наблюдение в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь по месту жительства, или при переводе по медицинским показаниям в иную медицинскую организацию в случае отсутствия в медицинской документации новорожденного отметки о взятии образца крови, осуществляется забор образцов крови у новорожденных для

проведения неонатального скрининга и расширенного неонатального скрининга на врожденные и (или) наследственные заболевания.

13. Тест-бланки с образцами крови (3 пятна) доставляются из медицинской организации, осуществившей забор образцов крови в медико-генетическую консультацию ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России ежедневно, кроме воскресенья, праздничные дни – по специальному графику.

14. Медико-генетическая консультация ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России в течение 24 часов после получения тест-бланков организуют отправку образцов крови на тест-бланках с 3 пятнами крови в Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России) для проведения расширенного неонатального скрининга на врожденные и (или) наследственные заболевания.

15. Время проведения скрининговых исследований составляет не более 72 часов от времени поступления тест-бланков.

16. Информация о новорожденных группы высокого риска, выявленных в результате скрининговых исследований, передается в медико-генетическую консультацию ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России.

17. При получении результатов скрининговых исследований формируется группа детей «условно здоровых» по всем исследуемым заболеваниям и группам высокого риска врожденных и (или) наследственных заболеваний.

18. Дети из группы детей «условно здоровые» не требуют дополнительных исследований и информирования медицинских организаций о результатах скрининговых исследований.

19. Информация о новорожденных группы высокого риска, выявленных в результате расширенного неонатального скрининга на врожденные и (или) наследственные заболевания, из ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России в течение 24 часов передается в медико-генетическую консультацию ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России.

20. В течение 24 часов после получения информации новорожденный из группы высокого риска приглашается для забора образцов крови для повторного скринингового исследования и проведения подтверждающей биохимической и (или) молекулярно-генетической и (или) молекулярно-цитогенетической диагностики. Забор крови осуществляется в детских поликлиниках по месту жительства, медико-генетической консультации, отделениях патологии новорожденных, специализированных отделениях детских больниц (если ребенок на момент обследования находится в стационаре).

Вызов осуществляется через медицинское учреждение, оказывающее первичную медико-санитарную помощь и обслуживающее пациентов по

адресу, указанному в направлении. Если адреса регистрации и фактического проживания матери новорожденного, указанные в направлении, не совпадают, то вызов ребенка для повторного обследования осуществляется по обоим адресам. Кроме того, мать ребенка информируется о необходимости повторного обследования по контактному телефону, указанному в направлении. Сведения об иногородних пациентах направляются заведующему МГК по месту жительства ребенка. Ответственность за передачу информации в медицинское учреждение, осуществляющее первичную медико-санитарную помощь и заведующему МГК (для иногородних пациентов) несет сотрудник МГК, передающий информацию.

За своевременность вызова пациента для повторного обследования несет ответственность руководитель медицинского учреждения, осуществляющего первичную медико-санитарную помощь, а для иногородних пациентов – заведующий МГК по месту жительства. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь, информирует МГК (через защищенный канал связи или по телефону) о пациентах, вызвать которых для повторного обследования не удалось. Если ребенок не поступал под наблюдение медицинских учреждений, осуществляющих первичную медицинскую помощь, по указанным в направлении адресам, и многократные посещения по указанным адресам не установили наличия ребенка, дальнейший поиск прекращается.

Для повторного обследования образцы биоматериала в течение 24 часов с курьерской службой направляются в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» (ретест) или ФГБНУ «МГНЦ», являющийся референс – центром по подтверждающей диагностике. Перед взятием образцов крови заполняется информированное добровольное согласие/отказ законного представителя ребенка на проведение ретеста и/или подтверждающей диагностики, которые хранятся в медицинской организации, осуществившей взятие материала.

21. При наличии медицинских показаний врач-генетик медико-генетической консультации ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России немедленно направляет новорожденного из группы высокого риска на госпитализацию в медицинскую организацию Ивановской области по профилю заболевания, назначает специализированные продукты лечебного питания до получения результатов повторного скринингового исследования и подтверждающей диагностики.

22. Время проведения повторных скрининговых исследований составляет не более 72 часов. Время проведения подтверждающих биохимических, молекулярно-генетических и молекулярно-цитогенетических исследований в референс-центре по подтверждающей диагностике врожденных и (или) наследственных заболеваний, составляет не более 10 рабочих дней.

23. После получения результатов повторного скринингового исследования и подтверждающей диагностики формируется группа детей с выявленным врожденным и (или) наследственным заболеванием, сведения о которых передаются медико-генетической консультацией ФГБУ «Ив НИИ

МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России в течение 24 часов после получения результатов исследования в медицинскую организацию по месту проживания или нахождения новорожденного с соответствующими рекомендациями.

24. При отсутствии клинических проявлений врожденного и (или) наследственного заболевания врач - участковый педиатр, врач общей практики по месту жительства в течение 48 часов направляет новорожденного с выявленным врожденным и (или) наследственным заболеванием в медико-генетическую консультацию ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России или к специалистам по профилю заболевания медицинских организаций для назначения лечения. При наличии медицинских показаний по направлению лечащего врача медицинской организации по месту жительства по согласованию с врачом-генетиком медико-генетической консультации ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России или медицинской организации третьей А и Б групп после подтверждения диагноза врожденного и (или) наследственного заболевания новорожденный при необходимости госпитализируется в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь детям по профилю заболевания. В случае нахождения новорожденного на лечении в стационаре проводится консультация с врачом-генетиком медико-генетической консультации ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России или медицинской организацией третьей А и Б групп по профилю заболевания ребенка с применением телемедицинских технологий.

Приложение 3
к приказу
Департамента здравоохранения
Ивановской области
и ФГБУ «Ив НИИ МиД
им. В.Н. Городкова»
Минздрава России
от 15.10.2026 № 198/729-ОД

Стандартная операционная процедура «Забор капиллярной крови (пункция пятки) для неонатального и расширенного неонатального скринингов»

Для получения сухого пятна крови стандартно используется тест-бланк из фильтровальной бумаги Whatman №903 или аналогичной (PerkinElmer 226, MunktellTFN). Тест-бланк представляет собой карту размером 100х54 мм с областью для внесения шариковой ручкой информации о пациенте и пятью кругами, напечатанными с одной стороны пунктирной или точечной линией, для обозначения области нанесения крови.

Тест-бланк, благодаря специализированной целлюлозной пластине, выступает в качестве носителя цельной крови и используется для взятия и транспортировки биологического материала в лабораторию. Биологические молекулы адсорбируются на поверхности целлюлозы. Для адсорбции не требуется ни дополнительных реагентов, ни отдельной стадии очистки.

Для проведения скрининга берется 2 тест-бланка на каждого ребенка. Для идентификации на каждом тест-бланке шариковой ручкой указываются следующие данные:

1. Номер медицинского свидетельства о рождении (МСР) ребенка
2. ФИО матери. В случае необходимости дополнительно указывается порядковый номер ребенка
3. Дата и время взятия крови
4. Дата рождения ребёнка

Рекомендуется подписать необходимые бланки перед взятием крови, сверяясь с данными медицинской документации.

Взятие крови медицинской сестрой проводится с соблюдением санитарно-эпидемических норм, в асептических условиях, используя одноразовые иглы-скарификаторы и перчатки, предварительно обработав кожу в месте прокола раствором антисептика.

Перед взятием крови необходимо убедиться в правильной идентификации пациента, сверив данные с титульным листом истории развития, и корректности информации, нанесенной на тест-бланки а также наличие записи в истории развития новорожденного о назначении врачом взятия крови на неонатальный скрининг. На оба тест-бланка шариковой ручкой наносятся фактические дата и время взятия крови.

Образец крови берут не ранее, чем через 3 часа после кормления в

возрасте 24 – 48 часов жизни у доношенного и на 7 сутки (144 – 168 часов) жизни у недоношенного новорожденного

Образец должен быть взят перед трансфузионной терапией или ЭКМО. Если образец не был взят до введения трансфузионных средств, кровь берется не ранее чем через 48-72 часа после трансфузии. В случае, если недоношенному ребенку по состоянию здоровья может быть назначена трансфузионная терапия или ЭКМО, рекомендуется взятие крови до проведения трансфузии, даже если возраст ребенка менее 144 часов. Если по достижении ребенком возраста 144 часов трансфузия не проводилась или проведена ранее, чем за 48-72 часа до взятия крови, то кровь берется заново, а тест-бланки, взятые ранее, утилизируются. В противном случае на исследование отправляются тест-бланки, полученные пред проведением трансфузии до достижения недоношенным ребенком возраста 144 часов. Дата и время окончания последней трансфузии или ЭКМО должны быть указаны при формировании бланка-направления.

У новорожденных кровь берут только из пятки. Также возможно использование венозной крови, взятой из пробирки с ЭДТА, если по состоянию здоровья ребенку показано взятие венозной крови на другие исследования.

1. Предварительно необходимо согреть стопу ребенка, при необходимости перед процедурой обернуть стопу салфеткой, смоченной теплой водой (не выше 42 градусов) на 1 – 2 минуты, затем протереть область пункции стерильной салфеткой, смоченной 70% спиртом. Во избежание гемолиза крови обработанное место следует промокнуть сухой стерильной салфеткой. Взятие крови у ребенка с признаками нарушения микроциркуляции и терморегуляции может привести к искажению результатов неонатального скрининга вследствие нарушения технологии забора крови.
2. Место прокола должно быть расположено медиально от линии, проведенной от большого пальца до пятки, или латерально от линии, проведенной от мизинца до пятки (заштрихованная область — обозначена «Да»). Глубина пунктирования не должна превышать 2 – 5 мм.
3. Если у ребенка нет кровотечения, сделайте второй прокол на другой части той же стопы или на другой стопе.

После прокола подождите, пока не начнет течь кровь и не образуется висячая капля. Первая капля, образовавшаяся на месте прокола, не используется — ее стирают сухим ватным тампоном. Последующие капли поочередно наносят в круги на впитывающую мембрану только с одной стороны тест-бланка. Дайте впитаться достаточному количеству крови, чтобы полностью заполнить напечатанный круг на фильтровальной бумаге. Для получения одного пятна требуется около 50-100 мкл крови.

Капля крови из пятки должна стечь на тест-бланк. Осторожно прикасаясь каплей крови к тест-бланку, позвольте тест-бланку впитать кровь, пока круг не заполнится. Чрезмерное сдавливание места прокола может вызвать гемолиз или промешивание к образцу тканевой жидкости.

Каплю крови нужно наносить в центр круга, при этом нельзя наносить

каплю в один круг дважды. Отклонения от центра часто приводит к необходимости повторного нанесения капли на ту же область, что вызывает локальное увеличение концентрации вещества на носителе и, как следствие, завышение результатов анализа и получение ложно-положительных результатов скрининга.

Заполните все необходимые круги кровью. Необходимо поместить 5 пятен крови на один тест-бланк и 3 пятна крови на второй тест-бланк.

Если кровоток прекращается, свернувшуюся кровь следует тщательно вытереть ватой или марлей. Аккуратно помассируйте стопу, стараясь не сдавливать.

Когда сбор образца завершен, сотрите излишки крови с пятки и слегка надавите на рану ватой или марлей. При необходимости нанесите гипоаллергенный точечный пластырь на место прокола.

После нанесения крови на тест-бланк образец выдерживают до полного высыхания в течение не менее 2-х часов при комнатной температуре, избегая попадания прямых солнечных лучей. При просушивании необходимо избегать соприкосновения тест-бланков друг с другом в области пятен крови. После высушивания тест-бланки могут быть сложены в стопку так, чтобы пятна крови и не накладывались друг на друга и не соприкасались.

В региональной медицинской информационной системе формируется СЭМД «Направление на неонатальный скрининг». В истории новорожденного в соответствующих графах указывается информация о дате и времени взятия крови для неонатального скрининга, а также подпись сотрудника, выполнившего манипуляцию.

Особое внимание необходимо обратить на точность указания в региональной медицинской информационной системе места предполагаемого нахождения ребенка после выписки (адрес по месту жительства) и способов связи с законным представителем (номер телефона и/или адрес электронной почты). Если данная информация требует коррекции, необходимо внести верные данные в медицинскую информационную систему до формирования бланка-направления.

Бланк-направление на неонатальный скрининг со штрих-кодом, формируется посредством региональной медицинской информационной системы и распечатывается на бумаге формата А4. При формировании бланка-направления фактические дата и время взятия крови вносится в систему с тест-бланка.

Если ребенку проводилась трансфузионная терапия или ЭКМО, необходимо убедиться, что правильно указаны дата и время окончания последнего переливания крови или ЭКМО.

Бланк-направление на неонатальный скрининг состоит из двух половин, на каждой из которых нанесен штрих-код, идентифицирующий данное направление.

Распечатанное направление прикрепляется к тест-бланку с помощью степлера с обратной стороны так, чтобы не перекрывать штрих-код, а идентификационные данные на тест-бланке были читаемы. Пунктирная линия, отделяющая зону с пятнами крови, должна быть совмещена с краем

лист бланка-направления.

Предварительно необходимо убедиться в идентичности данных, указанных на тест-бланке и бланке-направлении.

Каждый тест-бланк с помощью степлера прикрепляется не менее, чем двумя скобками к бланку-направлению. Сначала прикрепляется тест-бланк с 5 пятнами крови. Степлер заводится через край и в диагональ, не касаясь пятен.

Затем прикрепляется тест-бланк с 3 пятнами крови. Степлер заводится через край и через область, не несущую пятен крови.

Между тест-бланками должен остаться зазор в 2-4 мм в проекции средней разделительной линии на бланке-направлении.

Бланк-направление складывается вдоль средней линии текстом внутрь.

Прикрепленные тест-бланки загибаются внутрь сложенного бланка-направления и закрываются его чистой стороной.

Бланки-направления с прикрепленными тест-бланками складываются в пакет и отправляются в медико-генетическую консультацию ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова», где проводится неонатальный скрининг на 5 заболеваний.

В медико-генетической консультации ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» бланк-направление разделяется на две половины к каждой из которых прикреплен свой тест-бланк.

Тест-бланк с 5 пятнами крови используется для проведения стандартного неонатального скрининга, а тест-бланк с 3 пятнами отсылается в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей».

Приложение 4
к приказу
Департамента здравоохранения
Ивановской области
и ФГБУ «Ив НИИ МиД
им. В.Н. Городкова»
Минздрава России
от 15.10.2026 №198/729-ОД

Перечень медицинских организаций, осуществляющих забор крови на неонатальный и расширенный неонатальный скрининг

Учреждение здравоохранения, осуществляющее забор крови	Расстояние (км)
ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России	0
ОБУЗ «Родильный дом № 1» г. Иваново	1,5
ОБУЗ «Родильный дом № 4» г. Иваново	6
ОБУЗ «Кинешемская ЦРБ»	90
ОБУЗ Вичугская ЦРБ	60
ОБУЗ «ОДКБ»	1,5

Схема маршрутизации
Родильные дома и родильные отделения, отделения патология новорожденных:

В первые 2-е суток после рождения новорожденного:

- оформляют СЭМД «Медицинское свидетельство о рождении» с передачей в РЭМД,
- В региональной медицинской информационной системе системы здравоохранения Ивановской области оформляют направления на НС и РНС в 2-х экземплярах, один из которых прикрепляется к тест-бланку с 5-ю кружками крови, а другой с 3-мя кружками крови.
- Для проведения НС и РНС осуществляют забор образцов крови из пятки новорожденного через 3 часа после кормления, на вторые сутки жизни в возрасте 24 — 48 часов у доношенного и на 7 сутки (144 — 168 часов) жизни у недоношенного новорожденного. После взятия крови тест-бланки подлежат высушиванию в горизонтальном положении до полного высыхания не менее 3-х часов при комнатной температуре (15-22° С), необходимо избегать соприкосновения тест-бланков между собой во время сушки.

- Тест-бланки ежедневно собираются и проверяются на качество забора крови и правильность их заполнения ответственным медицинским сотрудником, назначенным руководителем медицинской организации.

- Информация о заборе образцов крови (дата и время забора образцов крови) вносится в карту развития ребенка и выписной эпикриз,

- Транспортировка тест-бланков осуществляется автомобильным транспортом медицинского учреждения, в котором произведен забор крови, ежедневно, кроме воскресенья, в праздничные дни – по специальному графику с 9:00 до 12:00 часов. Бланки доставляются в лабораторию медико-генетической консультации ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России по адресу: 153045, г. Иваново, ул. Победы, 20, лабораторный корпус, 6 этаж, кабинет 628.

Медико-генетическая консультация ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России, относится ко второй группе медицинских организаций, оказывающих медицинскую деятельность по генетике и лабораторной генетике

1) Осуществляет НС:

- неонатальные скрининговые лабораторные исследования тест-бланков с 5-ю пятнами крови в течение 72 часов от момента поступления бланков из родильных домов (отделений), отделений патологии новорожденных.

- результаты исследования заносятся врачом-лаборантом в ВИМИС «АКиНЕО» (поиск пациента в информационной системе осуществляется по идентификационному номеру).

- о выявленных патологиях информируются родильные дома (отделения), детские поликлиники и Департамент здравоохранения Ивановской области.

- при выявлении патологии родителей или законных представителей ребенка приглашает на консультацию для назначения лечения и обследования.

2) Осуществляет этап РНС:

- в течение 24 часов после поступления тест-бланков из родильных домов (отделений) сотрудник МГК формирует посылку из тест-бланков с 3-мя пятнами крови и организует ее отправку курьерской службой в лабораторию ФГАУ «НМИЦ здоровья детей». Факт отправки тест-бланка отмечается в медицинской информационной системе.

ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, относится к третий Б группе медицинских организаций, оказывающих медицинскую деятельность по генетике и лабораторной генетике

1) Осуществляет РНС:

- Лаборатория ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» осуществляет РНС в течение 72 часов от момента поступления тест-бланков.

- Информация о новорожденных группы высокого риска, выявленных в результате РНС, в течение 24 часов передается в медико-генетическую консультацию ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России.

Алгоритм действий после проведения расширенного неонатального скрининга

Медико-генетическая консультация ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России, относится к второй группе медицинских организаций, оказывающих медицинскую деятельность по генетике и лабораторной генетике

- В течение 24 часов после получения информации о новорожденном группы высокого риска, ребенок приглашается для взятия образцов крови для повторного скринингового исследования (ретеста) и подтверждающей диагностики. Забор образцов крови для ретестирования осуществляется в детских поликлиниках по месту жительства, медико-генетической консультации, отделениях патологии новорожденных, специализированных отделениях детских больниц (если ребенок на момент обследования находится в стационаре).

- Вызов осуществляется через медицинские учреждения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь и обслуживающие пациентов по адресу, указанному в направлении. Если адреса регистрации и фактического проживания матери новорожденного, указанные в направлении, не совпадают, то вызов ребенка для повторного обследования осуществляется по обоим адресам. Кроме того, мать ребенка информируется о необходимости повторного обследования по контактному телефону, указанному в направлении. Сведения об иногородних пациентах направляются заведующему МГК по месту жительства ребенка. Ответственность за передачу информации в медицинское учреждение, осуществляющее первичную медико-санитарную помощь и заведующему МГК (для иногородних пациентов) несет сотрудник МГК, передающий информацию.

- За своевременность вызова пациента для повторного обследования несет ответственность руководитель медицинского учреждения, осуществляющего первичную медико-санитарную помощь, а для иногородних пациентов – заведующий МГК по месту жительства.

- Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь, информирует МГК (через защищенный канал связи или по телефону) о пациентах, вызвать которых для повторного обследования не удалось. Если ребенок не поступал под наблюдение медицинских учреждений, осуществляющих первичную медицинскую помощь, по указанным в направлении адресам, и многократные посещения по указанным адресам не установили наличия ребенка, дальнейший поиск прекращается.

- Для повторного обследования образцы биоматериала в течение 24

часов с курьерской службой направляются в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» (ретест) или Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова», являющийся референс – центром по подтверждающей диагностике. Перед взятием образцов крови заполняется информированное добровольное согласие/отказ законного представителя ребенка на проведение ретеста и/или подтверждающей диагностики, которые хранятся в медицинской организации, осуществившей взятие биологического материала.

- Для заболеваний, характеризующихся ранними сроками манифестаций и жизнеугрожающими последствиями, ретест проводится одновременно с подтверждающей диагностикой в ФГБНУ «МГНЦ», а новорожденный до получения результатов обследования госпитализируется по профилю заболевания, и ему назначается терапия.

- Время проведения повторных скрининговых исследований составляет не более 72 часов. Время проведения подтверждающих биохимических, молекулярно-генетических и молекулярно-цитогенетических исследований в ФГБНУ «МГНЦ», выполняющей функции референс-центра по подтверждающей диагностике врожденных и (или) наследственных заболеваний, составляет не более 10 рабочих дней.

- После получения результатов повторного скринингового исследования и подтверждающей диагностики формируется группа детей с выявленным врожденным и (или) наследственным заболеванием, сведения о которых передаются медико-генетической консультацией (центром) в течение 1 рабочего дня после получения результатов исследования в медицинскую организацию по месту проживания или нахождения новорожденного для определениями тактики лечения.

- Диспансеризация и динамическое наблюдение пациентов с выявленными в рамках неонатального скрининга заболеваниями проводится согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания медицинской помощи. Врач-генетик участвует в формировании заявки на приобретение специализированных лечебных препаратов, проводит медико-генетическое консультирование семьи.

- Для определения тактики лечения проводятся консультации со специалистами ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» и ФГБНУ «МГНЦ» (очные или заочные с применением телемедицинских технологий).

- При наличии медицинских показаний по направлению лечащего врача по месту жительства и по согласованию с врачом-генетиком МГК, больной госпитализируется в организацию, оказывающую медицинскую помощь детям по профилю заболевания.

Детские поликлиники (детские поликлинические отделения) и медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по профилю «педиатрия» и «ненатология»

- После получения информации о новорожденном группы высокого риска, ребенок направляется для взятия образцов крови для повторного

скринингового исследования (ретеста) и подтверждающей диагностики. Забор образцов крови для ретестирования может осуществляться в детских поликлиниках (детских поликлинических отделениях) по месту жительства, медико-генетической консультации, отделениях патологии новорожденных, специализированных отделениях детских больниц (если ребенок на момент обследования находится в стационаре).

- Диспансеризация и динамическое наблюдение пациентов с выявленными в рамках неонатального скрининга заболеваниями проводится врачом-генетиком и врачом-педиатром согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания медицинской помощи. Врач-генетик участвует в формировании заявки на приобретение специализированных лечебных препаратов, проводит медико-генетическое консультирование семьи.

Приложение 5
к приказу
Департамента здравоохранения
Ивановской области
и ФГБУ «Ив НИИ МиД
им. В.Н. Городкова»
Минздрава России
от 15.10.2026 № 198/729-осн

Ответственные за организацию, проведения и контроль неонатального скрининга и расширенного неонатального скрининга

Наименование медицинской организации и структурного подразделения	ФИО	должность	Контактные данные (рабочий и мобильный телефоны)

Приложение 6
к приказу
Департамента здравоохранения
Ивановской области
и ФГБУ «Ив НИИ МиД
им. В.Н. Городкова»
Минздрава России
от 15.10.2026 № 198/329-осн

Памятка для родителей новорожденных детей

Что такое неонатальный скрининг?

Неонатальный скрининг — это обследование новорожденных для раннего выявления (до развития симптомов) и лечения наследственных и врожденных заболеваний. Все расходы на неонатальный скрининг для граждан Российской Федерации, включая подтверждающую диагностику, оплачиваются за счет средств бюджета Российской Федерации.

На какие заболевания проводится неонатальный скрининг?

Программа скрининга в России включает в себя обязательное обследование всех новорождённых. Ранее скрининг проводился на 5 наследственных заболеваний. Сейчас количество заболеваний расширилось до 36.

- **Наследственные болезни обмена веществ (НБО)** — группа генетических заболеваний, при которых происходят нарушения в биохимических процессах и поражаются различные системы и органы. При большинстве НБО для лечения применяют диетотерапию, которую необходимо начать как можно раньше, чтобы сохранить здоровье ребенка.
- **Врождённый гипотиреоз** — наследственная патология щитовидной железы, которая может привести к отставанию в физическом развитии и тяжёлой умственной неполноценности. На сегодняшний день своевременно диагностированный гипотиреоз хорошо поддается гормональной терапии.
- **Адреногенитальный синдром** — группа нарушений, связанных с избыточной секрецией гормонов коры надпочечников. Заболевание имеет различные формы, в особо тяжёлых случаях проявляется нарушением водно-солевого обмена и полиорганной недостаточностью. Полному излечению этот синдром не поддаётся, но его можно держать под контролем при помощи гормональной терапии.
- **Муковисцидоз** — одно из наиболее распространённых наследственных заболеваний. Проявляется поражением легких, печени, желудочно-кишечного тракта и других систем организма. Необходимо начинать лечение как можно раньше, чтобы максимально улучшить качество и продолжительность жизни.

- **Спинальная мышечная атрофия** — это тяжёлое наследственное нервно-мышечное заболевание. Болезнь может начаться с первых месяцев жизни, проявляться постепенно нарастающей слабостью мышц и приводить к тяжёлым двигательным нарушениям. В настоящее время существует терапия, которая вместе со специализированной реабилитацией может в значительной степени уменьшить проявления этого заболевания.
- **Первичные иммунодефициты (ПИД)** — это наследственные или приобретенные заболевания иммунной системы. Дети с ПИД подвержены высокому риску развития тяжёлых инфекций с первых дней жизни. Если заболевание выявлено вовремя, повышается успешность лечения, позволяющего восстановить нормальную функцию иммунной системы.

Информированное добровольное согласие родителей

Обследование новорожденного проводится только при наличии письменного согласия родителя или законного представителя ребенка. От неонатального скрининга можно отказаться, однако стоит иметь в виду, что при отказе от обследования ребенка диагноз наследственного и (или) врожденного заболевания будет поставлен несвоевременно и лечение будет начато поздно, что приведет к негативным последствиям для его здоровья.

Где, как и когда проводится взятие крови для неонатального скрининга?

Образцы крови на скрининг берут в родильном доме, перинатальном центре или в больнице, где находится новорожденный ребенок. Если роды происходят в домашних условиях, необходимо незамедлительно (на 2 сутки жизни ребенка) обратиться в детскую поликлинику по месту жительства. При взятии крови для обследования в родильном доме ставится отметка о прохождении скрининга в выписке из истории развития ребенка. Если кровь была взята в поликлинике по месту жительства, информация об этом вносится в электронную/бумажную медицинскую карту ребенка.

Взятие образцов крови из пяточки новорожденного осуществляется на 2 специальных тест-бланка из фильтровальной бумаги на 2-е сутки жизни. У недоношенных детей кровь берется на 7-е сутки жизни. Эта рутинная процедура взятия небольшого количества крови из пятки новорожденного практически безболезненна и никак не травмирует ребенка.

Где и как исследуют кровь?

Тест-бланки с образцами крови отправляются в медико-генетическую лабораторию, в которой проводят специальные лабораторные тесты. Результаты анализов готовы на 5-е сутки жизни ребенка.

Как узнать результат?

Если Ваш лечащий врач не связался с Вами, это означает, что результат скринингового обследования отрицательный, то есть у ребенка не выявлено подозрения ни на одно из скринируемых наследственных заболеваний. Важно понимать, что наследственных заболеваний много, и скрининг не позволяет исключить у ребенка все болезни.

Если у ребенка выявлены изменения при неонатальном скрининге (положительный результат) и есть подозрение на одно из исследуемых заболеваний, лечащий врач проинформирует Вас об этом по указанным в информированном согласии номеру телефона и/или адресу электронной почты. Лечащий врач объяснит, что делать дальше и даст направление на дальнейшие этапы обследования.

Всегда ли положительные результаты теста означают что ребенок болен?

Следует помнить, что положительный результат первоначального теста не всегда означает наличие болезни. При подозрении на какое-либо заболевание Вас вызовут на дальнейшее обследование — подтверждающую диагностику.

Почему важна подтверждающая диагностика, где она проводится?

Подтверждающая диагностика включает более сложные лабораторные тесты, которые проводятся в референсном центре — ФГБНУ «Медико-генетический научный центр им. академика Н.П. Бочкова» (г. Москва).

Подтверждающая диагностика важна для выбора правильной тактики лечения. По результатам подтверждающей диагностики проводится медико-генетическое консультирование и выдается заключение. Сроки проведения подтверждающей диагностики – 10 дней, но могут быть случаи, когда установления диагноза займет и больше времени. При некоторых заболеваниях лечение может быть начато до получения результатов подтверждающих тестов.

В будущем результаты подтверждающей диагностики важны для планирования беременности.

Как хранятся образцы крови ребенка?

Карточки-фильтры хранятся не менее одного года в региональной медико-генетической консультации (центре). В информированном согласии вы можете дать разрешение в том числе на использование образцов крови для научных исследований (в анонимной форме) или отказаться от него. Это важно для совершенствования методов диагностики и профилактики наследственных болезней.

Где ребенок будет лечиться, если будет выявлено наследственное заболевание?

Ребенок будет наблюдаться в медико-генетической консультации и/или, в зависимости от особенностей, течения и осложнений заболевания, у соответствующего специалиста.

Лечатся ли наследственные заболевания, выявляемые при неонатальном скрининге?

Заболеваний, которые включены в программу расширенного неонатального скрининга, имеют достаточно эффективное лечение.

Приложение 7
к приказу
Департамента здравоохранения
Ивановской области
и ФГБУ «Ив НИИ МиД
им. В.Н. Городкова»
Минздрава России
от 15.10.2026 № 198/729-осн

Форма информированного добровольного согласия на проведение неонатального скрининга

Информированное добровольное согласие на проведение неонатального скрининга

Я,_____«___»_____г.р.,
Ф.И.О. родителя или законного представителя ребёнка (печатными буквами)
Зарегистрированный(ая) по адресу_____
_____,
Фактически проживающий(ая) по адресу:_____
_____,
(указывается, если не совпадает с местом регистрации)
телефон для связи _____
(указание телефона означает согласие на получение информации по данному каналу связи*)
электронная почта для связи _____
(указание электронной почты означает согласие на получение информации по данному каналу связи**)
настоящим подтверждаю, что

- Я даю своё информированное согласие на проведение скринингового исследования на муковисцидоз, адреногенитальный синдром, врождённый гипотиреоз, дефицит биотинидазы, галактоземию, наследственные заболевания обмена веществ, спинальную мышечную атрофию, первичные иммунодефициты (далее — скрининговое исследование)

  ребёнку мужского/женского пола, рождённому
  _____
  (дата и время рождения)
  № медицинского свидетельства о рождении (при его наличии)_____
- Я даю свое согласие на получение информации от врача о скрининговом исследовании любыми из указанных выше способов, включая открытые каналы связи (телефон, электронная почта) при положительном результате теста или необходимости дополнительных исследований.

- Я получил(а) и прочитал(а) «Памятку для родителей новорождённых детей» и подтверждаю, что мне понятно значение всех терминов и информации, изложенных в ней.

- Я был(а) проинформирован(а) о порядке проведения скрининговых исследований, сроках готовности результата и ограничениях скрининговых исследований.

- Я даю свое согласие на хранение образцов пятен крови и/или выделенной ДНК ребёнка, полученных в ходе данного исследования, для проведения дополнительных исследований в случае необходимости.

- Я даю свое согласие на использование образцов пятен крови ребёнка и/или выделенной ДНК (в анонимном виде) для проведения научных исследований

  [ ] ДА
  [ ] НЕТ
- Я осознаю, что исследование может быть не проведено по техническим причинам (о чем я буду информирован(а)) или его результаты могут быть недостоверными вследствие ограничений методики, и я обговорил(а) с лечащим врачом все вероятные риски, которые могут быть с этим связаны.

- Я предупрежден(а) о том, что в редких случаях может потребоваться повторное взятие крови на тест-бланк и/или образца цельной крови, предоставление образца мочи.

- Я информирован(а), что в случае высокого риска наличия заболевания у ребёнка, выявленного в результате скринингового исследования, необходимо проведение дополнительных подтверждающих исследований, что потребует дополнительного обследования ребёнка, а также при некоторых заболеваниях обследования родителей ребёнка.

- Я даю свое согласие на предоставление результатов скринингового исследования специалистам медико-генетической службы (ФГБНУ «МГНЦ им. акад. Н.П. Бочкова», Центра расширенного неонатального скрининга, региональной медико-генетической консультации) и/или детской поликлиники или стационара по месту рождения или пребывания ребёнка, а также главным специалистам по профилю заболевания, а также подтверждаю, что в случае необходимости повторного исследования или выявления высокого риска наличия заболевания, вышеуказанные специалисты смогут связаться со мной.

- Я осознаю, что при необходимости повторного взятия крови или проведения уточняющей (подтверждающей) диагностики, отказ или задержка выполнения этих процедур, возникшая по моей вине, может негативно повлиять на состояние здоровья ребёнка.

- Я даю своё согласие на обработку*** моих персональных данных и персональных данных ребёнка, включая информацию о состоянии здоровья и результатов исследования.

- Я полностью понимаю суть изложенного выше текста, не имею претензий к специалисту (медицинскому работнику) относительно доступности и объёма предоставленной мне информации.

- Я имел(а) возможность обсудить со специалистом медицинского учреждения, где будет осуществляться забор крови, все интересующие меня вопросы о скрининговом

исследовании и получил(а) удовлетворяющие меня, исчерпывающие и однозначные ответы.

---

* - Я предупрежден(а) о возможных рисках, существующих при передаче информации по телефону, в том числе:
– о возможностях доступа третьих лиц к направляемой информации в процессе её передачи, а также в результате указания неправильного номера телефона;
– существует вероятность неполучения информации по различным причинам, которые не зависят от передающего информацию (технические и другие причины).

** - Я предупрежден(а) о возможных рисках, существующих при передаче информации по электронной почте, в том числе:
– о возможностях доступа третьих лиц к направляемой информации в процессе её передачи, а также в результате указания неправильного адреса электронной почты;
– существует вероятность неполучения информации по различным причинам, которые не зависят от отправителя (электронная почта переполнена, заблокирована или недоступна, настройка и правила обработки сообщений электронной почты на почтовом сервере не позволяют принимать сообщения интернет-домена отправителя, технические и другие причины).

*** - обработка персональных данных представляет собой сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновления, изменения), извлечение, передачу (распространение, предоставление доступа), использование, обезличивание, блокирование, удаление или уничтожение персональных данных.

_____	_____	_____
дата	*подпись родителя или законного представителя ребёнка*	*фамилия, инициалы*
_____	_____	_____
дата	*подпись медицинского работника*	*должность, фамилия, инициалы*

Приложение 8
к приказу
Департамента здравоохранения
Ивановской области
и ФГБУ «Ив НИИ МиД
им. В.Н. Городкова»
Минздрава России
от 15.10.2026 № 198/729-осн

Форма информированного отказа от проведения неонатального скрининга

Информированный отказ от проведения неонатального скрининга

Я _____
(фамилия, имя, отчество — полностью)
паспорт:_____
выдан:_____
_____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребёнка:
_____
(фамилия, имя, отчество ребёнка — полностью)
_____
(дата и время рождения ребёнка)
№ медицинского свидетельства о рождении ребёнка (при наличии)_____

Я был(а) проинформирован(а) о цели, задачах и порядке проведения скринингового исследования и подтверждающей диагностики на муковисцидоз, адреногенитальный синдром, врождённый гипотиреоз, дефицит биотинидазы, галактоземию, наследственные заболевания обмена веществ, спинальную мышечную атрофию, первичные иммунодефициты, сроках готовности результата и ограничениях скрининговых исследований, а также принял(а) во внимание, что скрининговое исследование проводится в первую неделю жизни ребёнка.

Я имел(а) возможность обсудить со специалистом медицинского учреждения, где может осуществляться забор крови, все интересующие меня вопросы о скрининговом исследовании и получил(а) удовлетворившие меня, исчерпывающие и однозначные ответы.

Я прочитал(а) «Памятку для родителей новорождённых детей» о скрининговом исследовании и подтверждаю, что мне понятно значение всех терминов и информации, изложенных в ней.

Я информирован (а) что при отказе от обследования ребёнка диагноз наследственного и (или) врожденного заболевания будет поставлен несвоевременно и лечение будет начато поздно, что приведет к негативным последствиям для его здоровья, вплоть до гибели ребёнка. Мне даны разъяснения о возможных негативных последствиях в случае несвоевременной постановки диагноза.

Несмотря на полученные мной разъяснения, я отказываюсь от неонатального скрининга / ретеста / подтверждающей диагностики (**необходимое подчеркнуть**) ребёнку
_____
(фамилия, имя, отчество ребенка — полностью, дата рождения)
и всю ответственность за жизнь и здоровье ребёнка беру на себя. Подписывая данный документ своей подписью, я удостоверяю, что принятое мной решение является

добровольным, текст «информированного отказа» мной прочитан, и на все возникшие у меня вопросы я получил(а) ответы.

Дата	Подпись родителя или законного представителя ребёнка	Расшифровка подписи

Отказ подписан в присутствии врача _____

(фамилия, имя, отчество — полностью)

Дата	Подпись врача	Расшифровка подписи

Приложение 9
к приказу
Департамента здравоохранения
Ивановской области
и ФГБУ «Ив НИИ МиД
им. В.Н. Городкова»
Минздрава России
от 15.10.2026 № 198/729-осн

Форма информированного добровольного согласия на проведение ретеста и/или подтверждающей диагностики в рамках неонатального скрининга

Информированное добровольное согласие на проведение ретеста и/или подтверждающей диагностики в рамках неонатального скрининга

Я,_____«___»_____г.р.,
Ф.И.О. родителя или законного представителя ребенка (печатными буквами)
Зарегистрированный(ая) по адресу_____
_____,
Фактически проживающий(ая) по адресу:_____
_____,
(указывается, если не совпадает с местом регистрации)
телефон для связи _____
(указание телефона означает согласие на получение информации по данному каналу связи*)
электронная почта для связи _____
(указание электронной почты означает согласие на получение информации по данному каналу связи**)
настоящим подтверждаю, что

- Я даю своё информированное согласие на проведение ретеста и/или подтверждающей диагностики в рамках неонатального скрининга на одно или несколько заболеваний из группы заболеваний неонатального скрининга: муковисцидоз, адреногенитальный синдром, врожденный гипотиреоз, дефицит биотинидазы, галактоземию, наследственные заболевания обмена веществ, спинальную мышечную атрофию, первичные иммунодефициты ребёнку мужского / женского пола, рождённому _____
(дата и время рождения)
№ медицинского свидетельства о рождении (при его наличии) _____
- Я даю свое согласие на получение информации от врача о результате подтверждающей диагностики скрининга новорожденных любыми из указанных выше способов, включая открытые каналы связи (электронная почта).
- Я был(а) проинформирован(а) о порядке проведения подтверждающей диагностики скрининга новорожденных, сроках готовности результата и ограничениях используемых методов исследований.
- Я даю свое согласие на хранение образцов пятен крови моего ребёнка на специальном тест-бланке, выделенной ДНК из биоматериала, полученных в ходе данного исследования для проведения дополнительных исследований в случае необходимости.

- Я даю свое согласие на использование образцов пятен крови и/или выделенной ДНК ребёнка из биоматериала (в анонимном виде) для проведения научных исследований

  [ ] ДА
  [ ] НЕТ
- Я осознаю, что исследование может быть не проведено по техническим причинам (о чем я буду информирован(а)) или его результаты могут быть недостоверными вследствие ограничений методики, и я обговорил(а) с лечащим врачом все вероятные риски, которые могут быть с этим связаны.

- Я предупрежден(а) о том, что в редких случаях может потребоваться повторное взятие крови на тест-бланк и/или образца цельной крови и/или образца мочи.

- Я подтверждаю, что в случае необходимости повторного исследования со мною могут связаться специалисты медико-генетической службы (ФГБНУ «МГНЦ», Центра расширенного неонатального скрининга, региональной медико-генетической консультации) и/или детской поликлиники или стационара по месту пребывания ребёнка

- Я осознаю, что при необходимости повторного взятия крови и/или повторного получения образца мочи, отказ или задержка выполнения этих процедур, возникшая по моей вине, может негативно повлиять на состояние здоровья ребёнка.

- Я даю свое согласие на предоставление результатов подтверждающей диагностики скрининга новорожденных специалистам медико-генетической службы (ФГБНУ «МГНЦ им. акад. Н.П. Бочкова», Центра расширенного неонатального скрининга, региональной медико-генетической консультации) и/или детской поликлиники или стационара по месту рождения или пребывания ребёнка, а также главным специалистам по профилю заболевания.

- Я даю своё согласие на обработку*** моих персональных данных и персональных данных ребёнка, включая информацию о состоянии здоровья и результатах исследования.

- Я полностью понимаю суть изложенного выше текста, не имею претензий к специалисту (медицинскому работнику) относительно доступности и объёма предоставленной мне информации.

- Я имел(а) возможность обсудить со специалистом медицинского учреждения, где будет осуществляться забор крови, все интересующие меня вопросы о подтверждающей диагностике скрининга новорожденных и получил(а) удовлетворяющие меня, исчерпывающие и однозначные ответы.

---

* — Я предупрежден(а) о возможных рисках, существующих при передаче информации по телефону, в том числе:
– о возможностях доступа третьих лиц к направляемой информации в процессе её передачи, а также в результате указания неправильного номера телефона;
– существует вероятность неполучения информации по различным причинам, которые не зависят от передающего информацию (технические и другие причины).

** — Я предупрежден(а) о возможных рисках, существующих при передаче информации по

электронной почте, в том числе:
– о возможностях доступа третьих лиц к направляемой информации в процессе её передачи, а также в результате указания неправильного адреса электронной почты;
– существует вероятность неполучения информации по различным причинам, которые не зависят от отправителя (электронная почта переполнена, заблокирована или недоступна, настройка и правила обработки сообщений электронной почты на почтовом сервере не позволяют принимать сообщения интернет-домена отправителя, технические и другие причины).

*** — обработка персональных данных представляет собой сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновления, изменения), извлечение, передачу (распространение, предоставление доступа), использование, обезличивание, блокирование, удаление или уничтожение персональных данных.

_____ _____

_____

дата *подпись родителя или законного представителя ребёнка* *фамилия, инициалы*

_____ _____

_____

дата *подпись медицинского работника* *должность, фамилия, инициалы*