

# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

## ПРИКАЗ

от 16 февраля 2012 г. N 116-п

### О ВНЕДРЕНИИ В РАБОТУ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ "АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ГЕМОКОНТАКТНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С"

В целях определения тактики действий и порядка оказания медицинской помощи медицинским работникам при возникновении аварийных ситуаций, связанных с оказанием медицинской помощи пациентам, в целях предупреждения профессионального инфицирования ВИЧ-инфекцией и гемоконтактными гепатитами В и С, в соответствии с СП 3.1.5.2826-10 "Профилактика ВИЧ-инфекции", СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность" приказываю:

#### 1. Утвердить:

1) **Методические рекомендации** "Алгоритм действий медицинских работников по профилактике профессионального инфицирования ВИЧ-инфекцией, гемоконтактными гепатитами В и С".

2. Главным врачам государственных бюджетных учреждений здравоохранения Свердловской области, руководителю Управления здравоохранения Администрации муниципального образования "город Екатеринбург" Дорнбушу А.А.:

1) с 01.03.2012 внедрить в работу учреждений здравоохранения **методические рекомендации** "Алгоритм действий медицинских работников по профилактике профессионального инфицирования ВИЧ-инфекцией, гемоконтактными гепатитами В и С" с оформлением соответствующего пакета документов, подтверждающих внедрение (приказ, план внедрения, акт внедрения);

2) определить структурные подразделения учреждения здравоохранения для оказания медицинской помощи и организации диспансерного наблюдения медицинских работников, пострадавших в аварийных ситуациях, связанных с риском инфицирования ВИЧ-инфекцией;

3) определить должностных лиц, ответственных за профилактику профессионального инфицирования ВИЧ и гемоконтактными гепатитами В и С, а также проведение анализа причин возникновения медицинских аварий и оказания медицинской помощи пострадавшим медицинским работникам по лечебно-профилактическому учреждению и его подразделениям;

4) обеспечить своевременное и в полном объеме оказание медицинской помощи при обращении медицинских работников, пострадавших в аварийных ситуациях, связанных с риском инфицирования ВИЧ-инфекцией, включая проведение антиретровирусной профилактики ВИЧ-инфекции в соответствии с **методическими рекомендациями** "Алгоритм действий

медицинских работников по профилактике профессионального инфицирования ВИЧ-инфекцией, гемоконтактными гепатитами В и С";

5) обеспечить приобретение и поддержание неснижаемого запаса в медицинском учреждении:

- экспресс-тест-систем (предпочтительно иммунохроматографических) для определения ВИЧ-статуса и маркеров гепатитов В и С у пациента, при оказании медицинской помощи которому произошла аварийная ситуация;

- антиретровирусных препаратов для проведения антиретровирусной профилактики ВИЧ-инфекции у пострадавших медицинских работников;

- тест-систем для определения беременности у медицинского работника, пострадавшего в аварийной ситуации (если пострадавший медработник - женщина);

6) обеспечить доведение информации до каждого медработника под подпись о местах хранения тест-систем и антиретровирусных препаратов, информирование медицинских работников, пострадавших в аварийных ситуациях, о порядке дальнейшего диспансерного наблюдения;

7) обеспечить дальнейшее направление медицинских работников, пострадавших в аварийных ситуациях, связанных с риском инфицирования ВИЧ и гемоконтактными гепатитами В и С, к врачу-инфекционисту кабинета инфекционных заболеваний поликлиники с целью организации диспансерного наблюдения, в муниципальных образованиях, где есть специализированное учреждение ГБУЗ СО "Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" и его филиалы (муниципальные образования: Первоуральск, Серов, Нижний Тагил, Ирбит, Каменск-Уральский), - к врачу-инфекционисту филиалов указанного учреждения, муниципальное образование "город Екатеринбург" - к врачу-инфекционисту ГБУЗ СО "Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" (г. Екатеринбург, Ясная, 46);

8) в ежеквартальном режиме проводить учебы с персоналом по профилактике профессионального инфицирования ВИЧ-инфекцией и гемоконтактными гепатитами В и С со сдачей зачета и соответствующими записями в журналах техучеб.

3. Рекомендовать руководителям медицинских организаций негосударственной формы собственности:

1) с 01.03.2012 внедрить в работу учреждений здравоохранения [методические рекомендации](#) "Алгоритм действий медицинских работников по профилактике профессионального инфицирования ВИЧ-инфекцией, гемоконтактными гепатитами В и С" с оформлением соответствующего пакета документов, подтверждающих внедрение (приказ, план внедрения, акт внедрения);

2) определить структурные подразделения учреждения здравоохранения для оказания медицинской помощи и организации диспансерного наблюдения медицинских работников, пострадавших в аварийных ситуациях, связанных с риском инфицирования ВИЧ-инфекцией;

3) определить должностных лиц, ответственных за профилактику профессионального инфицирования ВИЧ и гемоконтактными гепатитами В и С, а также проведение анализа причин возникновения медицинских аварий и оказания медицинской помощи пострадавшим медицинским работникам по лечебно-профилактическому учреждению и его подразделениям;

4) обеспечить своевременное и в полном объеме оказание медицинской помощи при обращении медицинских работников, пострадавших в аварийных ситуациях, связанных с риском инфицирования ВИЧ-инфекцией, включая проведение антиретровирусной профилактики ВИЧ-инфекции в соответствии с **методическими рекомендациями** "Алгоритм действий медицинских работников по профилактике профессионального инфицирования ВИЧ-инфекцией, гемоконтактными гепатитами В и С";

5) обеспечить приобретение и поддержание неснижаемого запаса в медицинском учреждении:

- экспресс-тест-систем (предпочтительно иммунохроматографических) для определения ВИЧ-статуса и маркеров гепатитов В и С у пациента, при оказании медицинской помощи которому произошла аварийная ситуация;

- антиретровирусных препаратов для проведения антиретровирусной профилактики ВИЧ-инфекции у пострадавших медицинских работников;

- тест-систем для определения беременности у медицинского работника, пострадавшего в аварийной ситуации (если пострадавший медработник - женщина);

6) обеспечить доведение информации до каждого медработника под подпись о местах хранения тест-систем и антиретровирусных препаратов, информирование медицинских работников, пострадавших в аварийных ситуациях, о порядке дальнейшего диспансерного наблюдения;

7) обеспечить дальнейшее направление медицинских работников, пострадавших в аварийных ситуациях, связанных с риском инфицирования ВИЧ и гемоконтактными гепатитами В и С, к врачу-инфекционисту кабинета инфекционных заболеваний поликлиники с целью организации диспансерного наблюдения, в муниципальных образованиях, где есть специализированное учреждение ГБУЗ СО "Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" и его филиалы (муниципальные образования: Первоуральск, Серов, Нижний Тагил, Ирбит, Каменск-Уральский), - к врачу-инфекционисту филиалов указанного учреждения, муниципальное образование "город Екатеринбург" - к врачу-инфекционисту ГБУЗ СО "Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" (г. Екатеринбург, Ясная, 46);

8) в ежеквартальном режиме проводить учебы с персоналом по профилактике профессионального инфицирования ВИЧ-инфекцией и гемоконтактными гепатитами В и С со сдачей зачета и соответствующими записями в журналах техучеб.

4. Главному врачу ГБУЗ СО "Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" А.С. Подымовой:

1) обеспечить оказание консультативной и методической помощи лечебно-профилактическим учреждениям Свердловской области по профилактике профессионального инфицирования ВИЧ-инфекцией, гемоконтактными гепатитами В и С;

2) обеспечить организацию диспансерного наблюдения, в том числе проведение лабораторных исследований на ВИЧ-инфекцию и гепатиты В и С, за медицинскими работниками, пострадавшими в аварийных ситуациях при выполнении профессиональных обязанностей.

5. Контроль за исполнением данного Приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Свердловской области Д.Р. Медведскую.

Министр  
А.Р.БЕЛЯВСКИЙ

Утвержден  
Приказом  
министра здравоохранения  
Свердловской области  
от 16 февраля 2012 г. N 116-п

## **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ГЕМОКОНТАКТНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С (МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ)**

### 1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1. Методические рекомендации разработаны в соответствии с действующими нормативными документами и содержат сведения по организации профилактики профессионального инфицирования гемоконтактными инфекциями медицинских работников, пострадавших в аварийных ситуациях, связанных с риском инфицирования ВИЧ-инфекцией.

1.2. Приведены данные о распространении ВИЧ/СПИД-инфекции в Свердловской области и результаты ретроспективного анализа аварийных ситуаций, связанных с оказанием медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам.

1.3. Данные методические рекомендации предназначены для специалистов организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, студентов высших и средних учебных заведений медицинского профиля.

Введенные в действие нормативные документы, регламентирующие аспекты профилактики профессионального инфицирования медицинских работников (СП 3.1.5.2826-10 "Профилактика ВИЧ-инфекции" и СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к

организациям, осуществляющим медицинскую деятельность"), устанавливают разные требования в части профилактики профессионального инфицирования медицинских работников ВИЧ-инфекцией, что требует дополнительного разъяснения.

## 2. ВВЕДЕНИЕ

С начала регистрации медицинских аварий в учреждениях здравоохранения Свердловской области зарегистрировано 1561 аварийная ситуация, связанная с оказанием медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам, из них за 2011 г. зарегистрировано 216 медицинских аварий, в т.ч. 134 (62%) - в г. Екатеринбурге.

Медицинские аварии регистрировались на территории всех округов, но наибольшая доля их (65,2%) отмечалась в Центральном округе, а также Западном (11,8%) округе.

За 2011 г. в аварийных ситуациях пострадало 57,1% средних медработников, 35,4% - врачей и 7,5% - младшего медперсонала. Среди пострадавших врачей наибольший удельный вес составили хирурги и травматологи - 33,4%, врачи РАО и анестезиологи (17,5%), врачи акушеры-гинекологи (17,5%), стоматологи (7,0%), врачи прочих специальностей (фтизиатры, патологоанатомы, педиатры и др.) составили 24,6%.

В структуре средних медработников, как и в предыдущие годы, аварийные ситуации чаще всего отмечались у медицинских сестер - 78,3%, среди пострадавших были фельдшера (9,8%), лаборанты (7,6%) акушерки (4,3%). Среди медсестер 38,9% - палатные и постовые, 22,2% - процедурные, 38,9% - медицинские сестры РАО, операционные и др. Младший медперсонал в 91,7% случаев был представлен санитарками.

В возрастной структуре медработников, пострадавших при оказании помощи ВИЧ-инфицированным, лица до 20 лет составили 1,9%, лица возрастной группы 20 - 30 лет - 24,3%, 30 - 40 лет - 31,7%, 40 - 50 лет - 18,6%, лица старше 50 лет - 23,6%.

Каждая пятая аварийная ситуация (21,7%) произошла в отделениях хирургического профиля, 11,2% - в акушерско-гинекологических отделениях, 3,1% - в терапевтических отделениях, в реанимационных отделениях - 8,7%, 8,1% - в амбулаторно-поликлинической службе, 4,3% - в службе скорой медицинской помощи и т.д.

Наибольшую часть всех аварийных ситуаций как в Свердловской области (72,6%), так и в г. Екатеринбурге (71,7%) составили проколы кистей рук, 68,1% из них - полыми иглами. В 9,9% случаев у медицинских работников отмечались порезы рук острыми инструментами. В 13,7% случаев кровь пациента попала на слизистую глаз медработника, в 4,3% случаях - на поврежденную и неповрежденную кожу.

У младшего медперсонала проколы регистрировались в 45,5% случаев, также были отмечены 4 случая (36,4%) - колото-резаных ран и попадание крови на слизистые в 2 случаях - 18,2%.

У средних медицинских работников в структуре аварий проколы иглами составляли 78,3% (в т.ч. полыми - 68,5%, шовными - 9,8%), порезы - в 9,8% случаев, загрязнение поврежденной кожи отмечалось в 2,2%, неповрежденной кожи также в 2,2%, загрязнение слизистых - 7,6%.

У врачей проколы были отмечены в 58,9% случаев, в том числе полыми иглами - 25,0%, шовными иглами - 33,9%, резаные раны у врачей составили 16,1%, загрязнение поврежденной

кожи - 1,8%. С загрязнением слизистых глаз была связана каждая 5-я авария или 21,4% - это наиболее высокий удельный вес среди всех категорий медработников.

Аварийные ситуации чаще всего регистрировались во время оперативных вмешательств (24,8%) и постановке в/в инъекций (15,5%), внутримышечных инъекций - 13,0%, при сборе и выносе медицинских отходов - 9,9%, при заборе крови - 9,3%, при разборе и мытье инструментов - 10,6%.

Основными причинами аварийных ситуаций были: случайные уколы кистей рук и попадание крови пациента на кожу и слизистые медработника (44,1%), нарушение правил утилизации острых инструментов (26,1%), несоблюдение универсальных мер безопасности - 11,8%, нарушение стандарта технологий проведения медицинской процедуры (10,6%), неадекватное поведение больного - 7,5%.

Антиретровирусные препараты в целом по Свердловской области получили 95,8% от подлежащих медицинских работников, в г. Екатеринбурге - 93,8% от подлежащих. В большинстве случаев антиретровирусная терапия назначалась в первые сутки (в Свердловской области - 83,3%, в г. Екатеринбурге - 92,4%).

### 3. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ГЕМОКОНТАКТНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Все медицинские работники, осуществляющие любые манипуляции, а также младший медицинский персонал лечебно-профилактических учреждений независимо от формы собственности должны быть привиты против гепатита В (вакцинальный комплекс, состоящий из 3-х прививок и ревакцинация 1 раз в 5 - 7 лет).

Первичная медицинская помощь медработникам, пострадавшим в аварийных ситуациях, связанных с риском инфицирования ВИЧ-инфекцией, в рабочие дни оказывается в медицинском учреждении по месту работы.

Приказом органа управления здравоохранением муниципального образования или главным врачом учреждения здравоохранения определяется ответственное лицо (или несколько лиц) за раздел работы по профилактике профессионального инфицирования и место (места хранения экспресс-тест-систем и антиретровирусных препаратов, к которым должен быть обеспечен круглосуточный доступ, в том числе в выходные и праздничные дни).

Каждый медицинский работник должен быть ознакомлен с приказом под роспись и пройти техучебу по профилактике профессионального инфицирования со сдачей зачета с записью в журнале техучеб.

Медицинские работники, не прошедшие обучение, к работе не допускаются.

При возникновении медицинской аварии необходимо:

1) обработать повреждение в зависимости от вида аварии (порядок обработки изложен в [разделе 4](#));

2) обследовать пациента на антитела к ВИЧ и гепатиты В и С (с проведением до- и послетестового консультирования и получением информированного согласия). Обследование на

антитела к ВИЧ проводят методом экспресс-тестирования, с обязательным направлением образца из той же порции крови для стандартного тестирования на ВИЧ в ИФА;

3) сообщить об аварийной ситуации лицу, ответственному за профилактику профессионального инфицирования гемоконтактными инфекциями;

4) зарегистрировать аварию в Журнале регистрации несчастных случаев на производстве и в Журнале учета аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций;

5) обследовать пострадавшего медработника на антитела к ВИЧ и вирусным гепатитам В и С (метод ИФА) с проведением до- и послетестового консультирования и получением информированного согласия.

Образцы плазмы (или сыворотки) крови человека, являющегося потенциальным источником заражения, и контактного лица передают для хранения в течение 12 месяцев в лабораторию ГБУЗ СО "ОЦ СПИД и ИЗ";

6) если пострадавший медработник - женщина, необходимо провести тест на беременность и выяснить наличие грудного вскармливания;

7) при положительном (сомнительном) результате обследования пациента на ВИЧ-инфекцию - как можно быстрее начать прием антиретровирусных препаратов в целях постконтактной профилактики заражения ВИЧ;

8) при отрицательном результате в экспресс-тесте необходимо оценить степень опасности пациента как источника инфекции по данным анамнеза. При высокой степени вероятности нахождения пациента в серонегативном окне и отрицательном результате обследования необходимо начать прием антиретровирусных препаратов в целях постконтактной профилактики заражения ВИЧ.

Если пациент инфицирован ВИЧ, выяснить, получает ли он антиретровирусную терапию.

Стандартная схема постконтактной профилактики заражения ВИЧ - лопинавир/ритонавир + зидовудин/ламивудин. При отсутствии данных препаратов для начала химиопрофилактики могут использоваться любые другие антиретровирусные препараты; если невозможно сразу назначить полноценную схему ВААРТ, начинается прием одного или двух имеющихся в наличии препаратов, кроме невирапина и абакавира.

Рекомендуется как можно раннее начало антиретровирусной профилактики (в первые 2 часа после аварийной ситуации). Если с момента возможного инфицирования прошло более 72 часов, начинать профилактику нецелесообразно.

Все антиретровирусные препараты применяются в течение 30 дней;

9) персоналу, у которого произошел контакт с материалом, инфицированным вирусом гепатита В, вводится одновременно специфический иммуноглобулин (не позднее 48 ч.) и вакцина против гепатита В в разные участки тела по схеме 0 - 1 - 2 - 6 мес. с последующим контролем за маркерами гепатита (не ранее 3 - 4 мес. после введения иммуноглобулина). Если контакт произошел у ранее вакцинированного медработника, целесообразно определить уровень анти-НВs в сыворотке крови. При наличии концентрации антител в титре 10 МЕ/л и выше вакцинопрофилактика не проводится, при отсутствии антител - целесообразно одновременное

введение 1 дозы иммуноглобулина и бустерной дозы вакцины;

---

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация подпунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

---

9) оформить "Акт о несчастном случае на производстве" (форма Н-1, утверждена Постановлением Правительства РФ N 279 от 11.03.1999);

10) для организации диспансерного наблюдения и корректирования схем химиопрофилактики ВИЧ пострадавшие в день обращения должны быть направлены в ГБУЗ СО "ОЦ СПИД и ИЗ" и его филиалы в управленческих округах (в случае их отсутствия - к инфекционисту кабинета инфекционных заболеваний поликлиники по месту жительства).

Пострадавший медицинский работник должен быть предупрежден о том, что он может быть источником инфекции в течение всего периода наблюдения (максимально возможного инкубационного периода) и поэтому ему надлежит соблюдать меры предосторожности, чтобы избежать возможной передачи ВИЧ (в течение 12 месяцев он не может быть донором, половые контакты у него должны быть только защищенные).

#### 4. ПЕРВИЧНАЯ ОБРАБОТКА ПРИ ЗАГРЯЗНЕНИИ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ КРОВЬЮ ИЛИ ДРУГИМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ЖИДКОСТЯМИ, А ТАКЖЕ ПРИ УКОЛАХ И ПОРЕЗАХ

1. При попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы это место обрабатывают 70%-м спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70%-м спиртом.

2. При попадании крови или других биологических жидкостей на слизистые оболочки глаз, носа - их сразу же промывают водой (не тереть), затем 0,01% раствором марганцевокислого калия (разведение 1:10000 - навеска марганцевокислого калия 0,05 г на 500 мл воды или навеска 0,02 г на 200 мл воды, раствор готовится ex tempore).

При попадании крови или других биологических жидкостей на слизистую оболочку рта - прополоскать большим количеством воды, затем 70%-м раствором спирта или 0,05%-м раствором марганцевокислого калия (разведение 1:2000 - навеска 0,05 г на 100 мл воды).

3. При уколах и порезах немедленно снять перчатки, вымыть место повреждения проточной водой с мылом, осторожно выдавить из ранки кровь, еще раз вымыть с мылом, обработать 70%-м спиртом и 5% спиртовой настойкой йода.

В состав аптечки для экстренной профилактики заражения ВИЧ-инфекцией согласно СанПиН 2.1.3.2630-10 должны входить:

- 70% спирт;

- 5% спиртовой р-р йода;

- навеска марганцевокислого калия для приготовления раствора 1:10000 (0,05 г на 500 мл воды или 0,02 г на 200 мл воды) или вместо раствора марганцевокислого калия - 1% р-р протаргола, 1% р-р борной кислоты (на выбор);



- мерная емкость для разведения навески;
- дистиллированная вода аптечного производства (200 или 500 мл) в зависимости от веса навески;
- бинт, вата, салфетки, ножницы, глазные пипетки (2 шт.);
- лейкопластырь.

**Примечание:**

Попадание крови и других биологических жидкостей пациента на халат, одежду медперсонала не связано с риском профессионального инфицирования ВИЧ (если не произошло загрязнение кожных покровов и слизистых оболочек). При загрязнении биологическими жидкостями рабочей одежды необходимо: снять рабочую одежду и погрузить в дезинфицирующий раствор или в бикс (бак) для автоклавирования.

## 5. ФОРМЫ АКТА О МЕДИЦИНСКОЙ АВАРИИ В УЧРЕЖДЕНИИ И ЖУРНАЛА РЕГИСТРАЦИИ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ

УТВЕРЖДАЮ

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись, фамилия, инициалы руководителя)

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
М.П.

### АКТ N \_\_\_\_\_ О МЕДИЦИНСКОЙ АВАРИИ В УЧРЕЖДЕНИИ

1. Дата и время медицинской аварии \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год и время происшествия медицинской аварии)
2. Учреждение, работником которого является пострадавший  
\_\_\_\_\_  
(полное наименование, место нахождения, юридический адрес, фамилия, инициалы руководителя)
3. Наименование структурного подразделения \_\_\_\_\_
4. Сведения о пострадавшем медицинском работнике:  
фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_  
пол (мужской, женский) \_\_\_\_\_  
дата рождения, "\_\_" \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ полных лет
5. Наличие беременности \_\_\_\_\_ срок \_\_\_\_\_ недель
6. Профессия (должность) \_\_\_\_\_  
стаж работы \_\_\_\_\_ в т.ч. в данной профессии \_\_\_\_\_
7. Лица, расследовавшие случай медицинской аварии \_\_\_\_\_
8. Сведения о проведении инструктажей по профилактике профессионального заражения ВИЧ-инфекцией:  
Вводный инструктаж \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Инструктаж на рабочем месте / первичный, повторный, внеплановый, целевой /

(нужное подчеркнуть)

по профессии или виду работы, при выполнении которой произошла медицинская авария \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Обучение по охране труда по профессии или виду работы, при выполнении которой произошла медицинская авария:  
с " " 20 г. по " " 20 г.  
(если не проводилось - указать)

Проверка знаний по охране труда по профессии или виду работы, при выполнении которой произошла медицинская авария \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год, N протокола)

9. Краткая характеристика места, где произошла медицинская авария \_\_\_\_\_

10. Обстоятельства медицинской аварии, дата регистрации в журнале медицинских аварий \_\_\_\_\_

11. Характер полученных повреждений и орган, подвергшийся повреждению (колотая рана, поверхностная или глубокая ссадина, прокол загрязненной иглой, загрязнение инфицированной кровью или другими биологическими жидкостями поврежденной кожи и слизистой оболочки и т.д.):

12. Наличие барьерных средств защиты во время аварии (спецодежда, перчатки, очки, маска, фартук и т.д.) \_\_\_\_\_

13. Мероприятия по обеззараживанию места аварии \_\_\_\_\_

14. Причины медицинской аварии (указать основную и сопутствующие причины) \_\_\_\_\_

15. Очевидцы аварии \_\_\_\_\_

16. Характеристика предположительного источника инфекции:  
результаты обследования на ВИЧ-инфекцию: экспресс-диагностика (дата, результат) \_\_\_\_\_

ИФА (дата, результат) \_\_\_\_\_

ИБ (дата, результат) \_\_\_\_\_

ВИЧ-статус больного, регистрационный N ВИЧ, дата выявления ВИЧ-инфекции \_\_\_\_\_

АРВТ-терапия \_\_\_\_\_

иммунный статус \_\_\_\_\_

вирусная нагрузка \_\_\_\_\_

результаты обследования на ВГВ (дата, результат) \_\_\_\_\_

результаты обследования на ВГС (дата, результат) \_\_\_\_\_

данные эпиданамнеза, свидетельствующие о высокой вероятности нахождения пациента в серонегативном окне: \_\_\_\_\_

17. Дата и время начала АРВТ \_\_\_\_\_

(если АРВТ не проводилась, указать причину) \_\_\_\_\_

" " 20 г. Подпись: \_\_\_\_\_

Руководитель подразделения ЛПУ \_\_\_\_\_

Лицо, ответственное за охрану труда и технику безопасности персонала ЛПУ \_\_\_\_\_

**ЖУРНАЛ  
УЧЕТА АВАРИЙНЫХ СИТУАЦИЙ  
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ**

В \_\_\_\_\_  
(наименование отделения, учреждения)

Начат: " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Окончен: " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

| № п/п | Ф.И.О. пострадавшего мед. работника | Место работы, должность | Возраст | Дата и время аварии | Обстоятельства и характер аварии | Наличие СИЗ | Ф.И.О. больного, адрес, № истории болезни. Дата и результат обследования на ВИЧ, ВГВ, ВГС стадия ВИЧ-инфекции АРВТ | Объем оказываемой помощи пострадавшему | Ф.И.О. руководителя, которого проинформировали об аварии |
|-------|-------------------------------------|-------------------------|---------|---------------------|----------------------------------|-------------|--|--|--|
|       |                                     |                         |         |                     |                                  |             |  |  |  |

**ЖУРНАЛ  
РЕГИСТРАЦИИ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ**

\_\_\_\_\_  
(наименование организации, фамилия, имя, отчество  
работодателя - физического лица,  
его регистрационные данные)

Начат: " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Окончен: " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

| № п/п | Дата и время несчастного случая | Ф.И.О. пострадавшего, год рождения, общий стаж работы | Профессия (должность) пострадавшего | Место, где произошел несчастный случай (структурное подразделение) | Вид происшествия, приведшего к несчастному случаю | Описание обстоятельств, при которых произошел несчастный случай | № акта формы Н-1 (Н-1ПС) о несчастном случае на производстве и дата его утверждения | Последствия несчастного случая (количество дней нетрудоспособности, инвалидный, смертельный исход) | Принятые меры по устранению причин несчастного случая |
|-------|---------------------------------|---|-------------------------------------|--|---|---|---|--|---|
| 1     | 2                               | 3   | 4                                   | 5  | 6   | 7   | 8   | 9  | 10  |
|       |                                 |   |                                     |  |   |   |   |  |   |

Примечание. Журнал регистрации несчастных случаев на производстве подлежит хранению в организации в течение 45 лет.

КонсультантПлюс: примечание.  
Нумерация разделов дана в соответствии с официальным текстом документа.

## 7. ПОРЯДОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ, ПОСТРАДАВШИМИ В АВАРИЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Для осуществления диспансерного наблюдения пострадавший медицинский работник должен быть направлен в ГБУЗ СО "ОЦ СПИД и ИЗ" (его филиалы), при их отсутствии в муниципальном образовании - к инфекционисту КИЗ по месту жительства в ближайший рабочий день для обследования и дальнейшего наблюдения.

Сроки диспансерного наблюдения пациентов, пострадавших в аварийных ситуациях, связанных с риском инфицирования ВИЧ-инфекцией, - 1 год, периодичность явки на прием к инфекционисту и обследования на антитела к ВИЧ (метод иммуноферментного анализа): в ближайшие дни после аварийной ситуации, в дальнейшем - через 3, 6, 12 месяцев после аварии.

Пострадавший должен быть предупрежден о том, что он может быть источником инфекции в течение всего периода наблюдения (максимально возможного инкубационного периода) и поэтому ему надлежит соблюдать меры предосторожности, чтобы избежать возможной передачи ВИЧ-инфекции (в течение 12 месяцев он не может быть донором, половые контакты у него должны быть только защищенные).

Врач-инфекционист, фельдшер при первичной явке лица, пострадавшего в бытовой аварийной ситуации, на диспансерный учет и наблюдение осуществляет:

- заполнение амбулаторной карты на контактного (лицо, пострадавшее в бытовой аварийной ситуации), карты эпидрасследования;

- вносит в электронную базу данных "Учет контактных с ВИЧ-инфицированными, а также пострадавших в бытовых авариях", в дальнейшем именуемую "БД", данные о контактных, на основании карты эпидемиологического расследования.

Запись в БД на лицо, пострадавшее в аварийной ситуации, состоит из трех разделов.

### Раздел 1. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

В этом разделе вводятся персональные данные на контактного (только после получения от него информированного согласия на их использование в виде расписки по установленной форме). При передаче информации, содержащей персональные данные контактных, должны выполняться требования действующего законодательства РФ и Приказа Министерства здравоохранения Свердловской области от 17.12.2009 N 1241-п "О создании условий для развития защищенного информационного взаимодействия субъектов системы здравоохранения Свердловской области". В этом разделе заполняются следующие данные:

- фамилия, имя и отчество. Указываются полностью на основании паспорта или документа, его заменяющего. Данная информация является обязательной для заполнения;

- дата и место рождения. Указываются на основании паспорта или документа, его заменяющего. Дату рождения необходимо указывать в формате: число, месяц, год. Место рождения указывается в том варианте названия населенного пункта, который был актуальным на дату рождения;

- гражданство. Указывается обязательно на основании паспорта или документа, его заменяющего;

- социальное положение, место работы, должность, номера контактных телефонов. Указываются со слов пациента;

- адрес временной или постоянной регистрации по месту проживания указывается на основании паспорта или документа, его заменяющего;

- адрес фактического проживания вносится со слов контактного. В адреса вносятся данные: название муниципального образования, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира.

## Раздел 2. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ У КОНТАКТНЫХ, ВЫЯВЛЕННЫХ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭПИДРАССЛЕДОВАНИЯ СЛУЧАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ПРИ АВАРИЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

### ДАННЫЕ ЭПИДРАССЛЕДОВАНИЯ

После проведения эпидемиологического расследования из эпидкарты в БД вводится следующая информация о контактном.

В поле "Зарегистрирован" вводится день, месяц, год, когда из карты эпидемиологического расследования заносятся паспортные данные.

В поле "Взят на учет" вводится день, месяц, год, когда контактный впервые обратился на Д-прием к инфекционисту.

В поле "Путь передачи" вводится основной из имеющихся в справочнике:

С учетом пути передачи для каждого контингента контактных указывается соответствующий код согласно [Методическим рекомендациям](#) МЗ и СР РФ от 06.08.2007 N 5950-РХ "О проведении обследования на ВИЧ-инфекцию":

Дополнительная информация о медицинской аварии:

| Дата и время аварии | Место аварии | Характер повреждения | Проведение первичной обработки | Обследование пациента, с которым произошла мед. авария, результат обследования |
|---------------------|--------------|----------------------|--------------------------------|--|
|                     |              |                      |                                |  |

В поле "Характер повреждения" вводятся данные:

- прокол полым инструментом, с указанием диаметра - большой, средний, малый;
- порез инструментом, загрязненным кровью;
- загрязнение слизистых оболочек;

- загрязнение кожи;

- прочие.

В поле "Проведение первичной обработки" вводят дату и время проведения обработки. Если обработка не проводилась, то поле не заполняется.

В столбце дата и время обращения в ЛПУ кроме того указывается его название.

После заполнения каждого раздела в поле "оператор" автоматически заполняются Ф.И.О. сотрудника, введившего или редактировавшего данные, дата и время создания или редактирования записи на основании учетного имени пользователя и пароля, используемого для входа в БД.

Дополнительную информацию о факторах риска у контактных необходимо учитывать при составлении плана его диспансерного наблюдения.

### Раздел 3. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

В разделе "Диспансерное наблюдение" включаются данные по плану диспансерного наблюдения, проведению патронажа, проведению экстренной химиопрофилактики, результатам лабораторных исследований, итогам диспансерного наблюдения.

#### ПЛАН ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

|                            | Дата АС | 3 мес. | 6 мес. | 12 мес. |  |
|----------------------------|---------|--------|--------|---------|--|
| Назначено                  |         |        |        |         |  |
| Явка на диспан. наблюдение |         |        |        |         |  |

Врачом-инфекционистом определяются сроки плановых явок контактных на диспансерный прием.

В строку "Назначено" плана: вносятся контрольные явки с учетом даты аварии.

В строку "Явка на диспансерное наблюдение" вводятся даты (число, месяц, год), когда контактный явился на диспансерный прием.

#### ХИМИОПРОФИЛАКТИКА

| Дата начала приема | Название препарата | Дата окончания приема | Причина окончания приема | Не назначена по причине |
|--------------------|--------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------|
|                    |                    |                       |                          |                         |
|                    |                    |                       |                          |                         |

В поле "Причина окончания приема" указывается одно из нижеследующего: отказ пациента, побочное действие препарата, непереносимость АРВТ, другие причины (указать).

Если химиопрофилактика не назначена, в поле "Не назначена по причине" указывается одно из нижеследующего: позднее обращение, отказ пациента, имеются медицинские противопоказания.

#### ИТОГИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ КОНТАКТНОГО

| Дата снятия с дисп. учета | Причина снятия | Дата проведения ВКК | Название ЛПУ |
|---------------------------|----------------|---------------------|--------------|
|                           |                |                     |              |

В поле "Причина снятия" вводится одно из нижеследующего:

- снят по истечении срока наблюдения;
- переведен в категорию ЛЖВС;
- переведен в категорию "ИБ сомнительный";
- убыл на другую территорию;
- другие причины (указать).

По истечении срока наблюдения, медработник, пострадавший в бытовой аварийной ситуации, имеющий отрицательные результаты ИФА, снимается с учета.

#### 8. НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

1. [СП 3.1.5.2826-10](#) "Профилактика ВИЧ-инфекции".
  2. [СанПиН 2.1.3.2630-10](#) "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность".
  3. Методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития России "Эпидемиологическое расследование случая ВИЧ-инфекции и проведение противоэпидемических мероприятий" от 20 сентября 2007 г. N 6963-РХ.
  4. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 16 августа 1994 г. N 170 "О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации" (в ред. Приказа Минздрава РФ от 18.04.1995 N 100).
-