



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Н А К А З

10.05.2007 N 234

Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України
21 червня 2007 р.
за N 694/13961

Про організацію профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах

*{ Із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства
охорони здоров'я
N 310 ([v0310282-14](#)) від 08.05.2014 }*

На виконання завдань і заходів Державної програми "Репродуктивне здоров'я нації" на період до 2015 року, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 N 1849 ([1849-2006-п](#)), з метою розроблення та упровадження системи інфекційного контролю в акушерських стаціонарах для профілактики виникнення внутрішньолікарняних інфекцій

Н А К А З У Ю:

1. Затвердити:

1.1. Інструкцію з організації проведення комплексу профілактичних заходів щодо виникнення внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах (додається).

1.2. Інструкцію з організації та впровадження системи інфекційного контролю в акушерських стаціонарах (додається) ([z0695-07](#)).

1.3. Інструкцію з організації роботи бактеріологічних лабораторій в системі інфекційного контролю в акушерських стаціонарах (додається) ([z0696-07](#)).

1.4. Порядок розслідування та ліквідації спалаху внутрішньолікарняних інфекцій серед роділь, породіль та новонароджених в акушерських стаціонарах (додається) ([z0697-](#)

[07](#)).

1.5. Типове положення про лікаря-епідеміолога акушерського стаціонару (додається) ([z0698-07](#)).

1.6. Типове положення про Комісію з інфекційного контролю в акушерських стаціонарах (додається) ([z0699-07](#)).

2. Директорам Департаменту організації та розвитку медичної допомоги населенню Моїсеєнко Р.О. та Департаменту державного санітарно-епідеміологічного нагляду Пономаренку А.М. забезпечити контроль за впровадженням інфекційного контролю в акушерських стаціонарах.

2.1. Підготувати пропозиції до Держбудмайна України щодо внесення змін в "Державні будівельні норми України. Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я. ДБН В.2.2-10-2001" ([v0002241-01](#)).

2.2. При розробці нормативів надання медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим урахувати нові вимоги організації протиепідемічного режиму і впровадження сучасних перинатальних технологій в акушерських стаціонарах.

2.3. Забезпечити державну реєстрацію цього наказу в Міністерстві юстиції України.

3. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам Головних управлінь охорони здоров'я Дніпропетровської, Київської, Луганської, Львівської, Харківської та Чернівецької, Управління охорони здоров'я та курортів Вінницької, Управління охорони здоров'я та медицини катастроф Одеської, Головного управління охорони здоров'я та медицини катастроф Черкаської та управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської та Управління охорони здоров'я Севастопольської міських державних адміністрацій:

3.1. Забезпечити реорганізацію діяльності акушерських стаціонарів відповідно до вимог цього наказу.

3.2. Здійснити заходи щодо впровадження в акушерських стаціонарах системи інфекційного контролю.

3.3. Розробити та затвердити до 01.09.2007 комплексні плани заходів щодо зниження захворюваності на гнійно-запальні інфекції новонароджених та породіль.

3.4. Здійснювати контроль за ходом виконання цього наказу, заслуховувати хід реалізації заходів на колегіях органів охорони здоров'я.

3.5. Провести протягом III кварталу 2007 року семінари з питань упровадження інфекційного контролю в акушерських стаціонарах, забезпечити систематичну підготовку медичних кадрів з указаних питань.

3.6. Укомплектувати посади лікарів-епідеміологів в акушерських стаціонарах.

3.7. Реорганізувати обсерваційні акушерські відділення та спеціалізовані акушерські стаціонари інфекційного профілю до вимог діяльності в режимі індивідуальних та сімейних пологових палат.

4. Головним державним санітарним лікарям Автономної Республіки Крим, областей, міст Києва та Севастополя, на водному, повітряному, залізничному транспорті здійснювати методичне керівництво роботою лікарів-епідеміологів акушерських стаціонарів з питань організації епідемічного нагляду та профілактики внутрішньолікарняних інфекцій.

{ Пункт 5 фактично втратив чинність у зв'язку з втратою чинності Наказу Міністерства охорони здоров'я N 620 ([v0620282-03](#)) від 29.12.2003, до якого вносились зміни } 5. У підпункті 7.25 пункту 7 Методичних рекомендацій щодо організації надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги, затверджених наказом МОЗ України від 29.12.2003 N 620 ([v0620282-03](#)) "Про організацію акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні" цифри "4-5" замінити цифрою "3".

6. Скасувати наказ МОЗ України від 10.02.2003 N 59 ([v0059282-03](#)) "Про удосконалення заходів щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в пологових будинках (акушерських стаціонарах)".

7. Уважати таким, що не застосовується в частині організації санітарно-протиепідемічного режиму в акушерських стаціонарах на території України, наказ Міністерства охорони здоров'я СРСР

від 31.07.78 за N 720 ([v0720400-78](#)) "Об улучшении медицинской помощи больным с гнойными хирургическими заболеваниями и усилении мероприятий по борьбе с внутрибольничной инфекцией".

8. Контроль за виконанням наказу покласти на першого заступника Міністра Орду О.М. та першого заступника Міністра - головного державного санітарного лікаря України Бережнова С.П.

Міністр

Ю.О.Гайдаєв

ПОГОДЖЕНО:

В.о. Голови Державного комітету
України з питань регуляторної
політики та підприємництва

К.О.Ващенко

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
10.05.2007 N 234

Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України
21 червня 2007 р.
за N 694/13961

ІНСТРУКЦІЯ з організації проведення комплексу профілактичних заходів щодо виникнення внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах

1. Основні поняття і терміни

Внутрішньолікарняна інфекція (далі - ВЛІ) - будь-яке клінічно виражене інфекційне захворювання, яке виникло в пацієнта протягом перебування в акушерському стаціонарі або протягом 7 діб після виписки з нього, а також у медичного персоналу, яке виникло внаслідок його роботи в акушерському стаціонарі.

Більшість бактеріальних внутрішньолікарняних інфекцій виникають через 48 годин і більше після госпіталізації (народження дитини). Проте кожен випадок інфекції слід оцінювати індивідуально в залежності від інкубаційного періоду та нозологічної форми інфекції.

Інфекція не вважається внутрішньолікарняною за умови:
- наявності в пацієнтки інфекції в інкубаційному періоді до надходження в стаціонар;

- ускладнення або продовження інфекції, яка мала місце у пацієнтки на момент госпіталізації;
- трансплацентарної трансмісії інфекції у новонародженого, які викликаються: *Toxoplasma gondii*, *Treponema pallidum*, *Listeria monocytogenes*, стрептококами групи В, вірусами: краснухи, гепатитів В і С, ВІЛ, цитомегаловірусами, папіломовірусами, *Herpes simplex*, *Varicella zoster* тощо.

Інфекція вважається внутрішньолікарняною у разі:

- набуття її у лікувальному закладі;
- інтранатального інфікування.

Груповим захворюванням або спалахом ВЛІ вважається виникнення 3 і більше випадків внутрішньолікарняних захворювань, якщо доведено, що збудником інфекцій є вид мікроорганізму з ідентичними біологічними властивостями, у тому числі профілями антибіотикорезистентності, або виникнення 3 і більше випадків внутрішньолікарняних захворювань, які сталися в межах коливаний

одного інкубаційного періоду та пов'язані з одним джерелом інфекції і спільними факторами передачі.

Інфекційний контроль (далі - ІК) - комплекс організаційних, профілактичних та протиепідемічних заходів, спрямованих на попередження виникнення та розповсюдження ВЛІ, що базується на результатах епідеміологічної діагностики.

Епідеміологічне спостереження (далі - ЕС) - система моніторингу за динамікою епідемічного процесу щодо ВЛІ (захворюваність, летальність, колонізація, носійство), факторами та умовами, що впливають на їх виникнення і розповсюдження, а також аналіз і узагальнення одержаної інформації для розробки профілактичних та протиепідемічних заходів.

Епідеміологічне спостереження є найважливішим компонентом ІК.

Мікробіологічний моніторинг (далі - ММ) - збір та аналіз даних щодо визначення етіологічної структури ВЛІ, домінуючих колонізуючих агентів, мікроорганізмів, що контамінують об'єкти внутрішнього середовища стаціонару, біологічних властивостей, у т.ч. антибіотикорезистентності виділених штамів мікроорганізмів та її профілів. ММ спрямований на визначення тенденцій та динаміки змін цих показників, удосконалення тактики раціональної та емпіричної антибіотикотерапії, периопераційної антибіотикопрофілактики, удосконалення дезінфекційних заходів.

Основою ММ є дані мікробіологічної лабораторії.

Епідеміологічний аналіз захворюваності на ВЛІ передбачає встановлення рівня, структури та динаміки для оцінки епідемічної ситуації в пологовому будинку (відділенні). Згідно з даними аналізу розробляється комплекс протиепідемічних заходів. Оперативний та ретроспективний аналіз передбачає вивчення

захворюваності на ВЛІ за локалізацією патологічного процесу, етіологією та термінами їх розвитку, а також біологічних властивостей, перш за все антибіотикорезистентності штамів, що виділяються. Епідеміологічний аналіз проводиться з урахуванням факторів ризику розвитку ВЛІ.

Стандартні визначення випадку ВЛІ - сукупність клінічних, мікробіологічних, лабораторних та інших показників, необхідних для підтвердження наявності інфекції. Стандартні визначення випадку

призначені для епідеміологічної діагностики і не використовуються для постановки клінічного діагнозу та вибору лікування.

Алгоритми - обґрунтовані і задокументовані способи виконання відповідних завдань з позицій епідемічної безпеки. При розробці алгоритмів визначають мету конкретної процедури (маніпуляції), виконавця(ів), місце проведення, конкретний поетапний опис виконання або здійснення процедури (маніпуляції), перелік обладнання. Алгоритми затверджуються головним лікарем стаціонару.

Фоновий рівень захворюваності - мінімальний рівень захворюваності на ВЛІ, який притаманний певному стаціонару. Фоновий рівень встановлюється на підставі епідеміологічного спостереження та епідеміологічного аналізу. Перевищення фонового

рівня захворюваності свідчить про епідемічне неблагополуччя в стаціонарі або можливе виникнення спалаху ВЛІ, що потребує ретельного аналізу та перегляду протиепідемічних заходів.

Універсальні заходи безпеки - комплекс правил поведінки медичного персоналу під час виконання функціональних обов'язків,

спрямованих на захист від можливого інфікування, розглядаючи кожного пацієнта як потенційне джерело інфекцій, у тому числі тих,

що передаються через кров.

Аварією вважають уколи, порізи та інші ситуації, які спричинили попадання на слизові оболонки та шкіру співробітника крові або інших біологічних рідин пацієнта.

Профілі антибіотикорезистентності - це сполучення детермінант резистентності кожного виділеного штаму мікроорганізму. Профілі

антибіотикорезистентності характеризують біологічні особливості мікробної екосистеми, що сформувалася у стаціонарі. Постійне стеження за появою та циркуляцією в окремому стаціонарі штамів

умовно патогенних мікроорганізмів (далі - УПМ) з однаковими профілями антибіотикорезистентності має важливе значення для

виявлення госпітальних штамів УПМ та вивчення епідеміології госпітальних інфекцій.

Профілі антибіотикорезистентності визначають за діаметрами зон затримки росту мікроорганізмів навколо дисків з аналогічними антибіотиками, до яких досліджувані штами мікроорганізмів виявляють стійкість.

Госпітальні штами мікроорганізмів мають множинну стійкість, принаймні до 5 антибіотиків, уключаючи:

- для штамів стафілококів - стійкість до метициліну (оксациліну) та/або ванкомицину;

- для штамів ентерококів - до ванкомицину;

- для ентеробактерій - до гентаміцину і/або до цефалоспоринових антибіотиків III-IV поколінь;

- для неферментуючих бактерій - до цефалоспоринових антибіотиків III-IV поколінь.

Виділення від пацієнтів, об'єктів внутрішнього середовища штамів мікроорганізмів з однотипними профілями антибіотикорезистентності, діаметри зон затримки росту яких навколо дисків з однаковими антибіотиками однакові або відрізняються не більше ніж на 3 мм, свідчить про формування та циркуляцію у стаціонарі госпітального штаму.

Внутрішньоутробна інфекція - це захворювання плода, що виникло внаслідок гематогенної (трансплацентарної) переважно

вірусної або тохоінфекції з ураженням плода або клінічними проявами інфекції після народження дитини. До гнійно-запальних внутрішньоутробних інфекцій відносять захворювання новонароджених,

що виявляються у перші три доби життя.

Ураження плода відбувається переважно протягом раннього фетального періоду (9-22-й тиждень гестації) з формуванням уроджених аномалій розвитку або специфічного симптомокомплексу

(затримка внутрішньоутробного розвитку плоду, гідроцефалія, кальцифікати мозку, гепатоспленомегалія, важка жовтяниця). До

гнійно-запальних внутрішньоутробних інфекцій належать захворювання, що виявляються у перші три доби життя.

Індивідуальний пологовий зал - це обладнане спеціальною апаратурою приміщення для проведення пологів в однієї роділлі з ускладненим перебігом вагітності, після чого мати разом з новонародженим переводяться до індивідуальної післяпологової палати для їх спільного перебування до виписки із стаціонару.

Індивідуальна пологова палата - це обладнане приміщення із санвузлом (урахувати при перебудові акушерських стаціонарів) для

проведення лише фізіологічних пологів за сучасними перинатальними

технологіями в однієї родиллі, після чого мати разом з дитиною перебувають у ній до виписки із стаціонару.

Сімейна пологова палата - це обладнане приміщення з окремим входом і зі санвузлом, де відбуваються пологи та перебуває матір з новонародженим і членами родини (цілодобово за умови необхідності

догляду за матір'ю та новонародженим) до виписки зі стаціонару.

Індивідуальна післяпологова палата - це приміщення із санвузлом (урахувати при перебудові акушерських стаціонарів), де

може перебувати лише одна породілля з новонародженим після

переведення з індивідуального пологового залу до виписки їх із стаціонару.

Палата для госпіталізації вагітних, роділь та породіль з інфекційними захворюваннями в стадії гострих клінічних проявів. Ці палати повинні бути із санвузлом, з окремим входом, обладнані припливно-витяжною вентиляцією з негативним тиском (урахувати при

перебудові акушерських стаціонарів). Пересування пацієнтів з палати до палати, а також до інших відділень стаціонару забороняється. У цій палаті родилля народжує та перебуває в ній до виписки із стаціонару. До цієї палати можуть госпіталізуватися породіллі, у яких пологи відбулися поза лікувальним закладом.

Медичний персонал при вході до палати для госпіталізації вагітних, роділь та породіль з інфекційними захворюваннями в стадії гострих клінічних проявів одягає одноразовий халат, шапочку, гумові рукавички. Після закінчення роботи цей одяг знімається, здійснюється оброблення рук, лише після цього виходить

персонал із цієї палати.

Якщо відсутні умови окремого входу до палати для госпіталізації вагітних, роділь та породіль з інфекційними захворюваннями в стадії гострих клінічних проявів, необхідно здійснити заходи з максимальної ізоляції пацієнтки із дотриманням умов профілактики поширення інфекції.

2. Організаційні заходи

2.1. Ця інструкція є обов'язковою для всіх закладів охорони здоров'я незалежно від їх форми власності та підпорядкування.

2.2. Відповідальність за організацію виконання заходів щодо попередження виникнення ВЛІ в акушерському стаціонарі несе головний лікар закладу охорони здоров'я (далі - ЗОЗ).

2.3. Безпосередньо у відділеннях відповідальність за організацію комплексу профілактичних заходів, виявлення, повну реєстрацію та облік всіх форм ВЛІ покладається на завідувачів відділень.

2.4. В акушерському стаціонарі наказом головного лікаря створюється Комісія з інфекційного контролю (далі - КІК), яка координує та організовує проведення комплексу профілактичних заходів виникнення ВЛІ.

2.5. Структура акушерського стаціонару:

- гардероб для співробітників та відвідувачів (відокремлені);
- акушерське приймально-оглядове відділення;
- акушерське відділення з індивідуальними пологовими залами, індивідуальними та сімейними пологовими палатами, післяпологовими палатами для спільного перебування матері і новонародженого;
- відділення патології вагітних;
- операційний блок;
- анестезіологічне відділення (палати) з ліжками інтенсивної терапії для жінок;
- відділення (палати) інтенсивної терапії новонароджених;
- відділення (палата) для неонатального догляду;
- кімната для зберігання та розведення вакцини БЦЖ;
- кімната для зберігання та розведення вакцини для профілактики вірусного гепатиту В;
- кімната для приготування молочних адаптованих сумішей;
- маніпуляційна;
- палата із санвузлом (не менше однієї в залежності від потужності пологового стаціонару - 2-3) з окремим входом для госпіталізації роділь та породіль з інфекційними захворюваннями в стадії гострих клінічних проявів;
- приміщення для дезінфекції та передстерилізаційної очистки інструментарію;
- кімната для підготовки до використання (дезінфекція, очищення, мийка);
- медичних апаратів (медикорів, наркозно-дихальних тощо);
- санвузол для персоналу, санвузли та душові кімнати для жінок;
- приміщення для прибирального інвентарю;
- приміщення для тимчасового зберігання речей пацієнтів;
- група приміщень для медичного персоналу;
- приміщення для зберігання чистої білизни стаціонару;
- приміщення для збору використаної білизни стаціонару.

Для прийняття та госпіталізації гінекологічних хворих необхідно мати окреме приміщення.

Площі існуючих палат (не менше 14 кв.м) та пологових залів (не менше 16 кв. м) в акушерських стаціонарах використовуються як

індивідуальні для однієї пари матері та новонародженого.

У залежності від потужності пологового стаціонару сучасні підходи до надання акушерської допомоги передбачають організацію

переважної більшості індивідуальних пологових палат, сімейних пологових палат, індивідуальних пологових залів.

Індивідуальний пологовий зал повинен бути оснащений спеціальним високотехнологічним медичним обладнанням для ведення

ускладнених пологів, а також у разі виникнення ускладнених пологів

після переведення роділлі з індивідуальної пологової палати.

Обсерваційні акушерські відділення та спеціалізовані акушерські стаціонари інфекційного профілю у складі багатопрофільних лікувальних закладів не створюються. Існуючі обсерваційні відділення реорганізуються до забезпечення діяльності в режимі індивідуальних та сімейних пологових залів, індивідуальних післяпологових палат, що є ефективним методом

профілактики виникнення внутрішньолікарняних інфекцій.

2.5.1. Індивідуальний пологовий зал оснащується функціональним ліжком або ліжком-трансформером для приймання

пологів, вакуум-екстрактором, акушерськими щипцями, тонометром для

дорослих, акушерським стетоскопом, монорефлекторною мобільною

лампою, пеленальним столиком з підігрівом, масляним обігрівачем

(у разі потреби підвищити температуру), візком для інструментів, двома стільцями, настінним термометром, мішком та маскою Амбу, а

також засобами для ведення пологів (м'ячі, стілець, шведська стінка, спеціальний килимок).

На 3-4 індивідуальних пологових зали необхідно мати 2 ларингоскопи з мішком Амбу, 2 одноразових вакуум-екстрактори,

2 набори для проведення епізіотомії та накладання швів, 2 акушерських щипці.

2.5.2. Індивідуальні пологові палати оснащуються функціональним ліжком або ліжком-трансформером для приймання

пологів та перебування на ньому породіллі під час усього періоду госпіталізації, засобами для ведення пологів (м'ячі, стілець, шведська стінка, спеціальний килимок), сповивальним столиком.

Обладнання для первинної реанімації новонародженого використовується у разі потреби з індивідуального пологового залу. Після пологів мати й дитина спільно перебувають до виписки із стаціонару.

2.5.3. Приміщення для організації сімейної пологової палати повинне бути просторим (не менше 14 кв.м) з наявністю індивідуального санітарного блока. Сімейна пологова палата оснащується функціональним ліжком або ліжком-трансформером

для приймання пологів та перебування на ньому породіллі під час усього періоду госпіталізації, необхідним медичним обладнанням та засобами для ведення пологів (м'ячі, стілець, шведська стінка, спеціальний килимок), масляним обігрівачем (у разі необхідності підвищити температуру), настінним термометром, зручними меблями та предметами для цілодобового перебування членів родини, холодильником та місцем для прийому їжі. Матеріали, із яких виготовлені вищевказані предмети оснащення, повинні піддаватися дезінфекції.

2.5.4. Палата для госпіталізації вагітних, роділь та породіль з інфекційними захворюваннями в стадії гострих клінічних проявів оснащується функціональним ліжком або ліжком-трансформером для приймання пологів та перебування на ньому породіллі під час всього періоду госпіталізації, необхідним медичним обладнанням та засобами для ведення пологів (м'ячі, стілець, шведська стінка, спеціальний килимок)

2.6. Медичний персонал акушерського стаціонару дозволяє присутність партнера не більше 2 осіб (чоловіка, членів родини, близьких) на пологах відповідно до порядку, затвердженого головним лікарем ЗОЗ з урахуванням бажання роділлі. Додаткове медичне обстеження родичів не проводиться. Присутність членів родини за наявності в них туберкульозу або гострих проявів інфекційного захворювання в акушерському стаціонарі не допускається. Особи, присутні при пологах, повинні бути в чистому домашньому одязі та змінному взутті. Придатність чистого одягу для близьких, роділлі та домашньої постільної білизни визначається підпунктом 5.1.3 Інструкції з організації та упровадження інфекційного контролю в акушерських стаціонарах, затвердженої наказом МОЗ від 10.05.2007 N 234.

2.7. Дозволяються відвідування матері (з урахуванням її бажання) і дитини в акушерському стаціонарі близькими родичами (не більше 2 осіб одночасно) та їх допомога в догляді за новонародженим і породіллею. Можливість відвідування породіллі членами родини до 14 років вирішується головним лікарем

стаціонару.

2.8. Виписка з акушерського стаціонару за умови фізіологічного перебігу пологів та післяпологового періоду здійснюється на 3-тю добу після пологів.

2.9. Акушерський стаціонар закривається у разі необхідності проведення поточного ремонту, але не частіше 1 разу на рік. Допускається закриття акушерського стаціонару за поверхами.

У разі закриття пологового стаціонару на поточний ремонт регіональні органи охорони здоров'я визначають акушерський стаціонар для забезпечення пологової допомоги.

2.10. Відкриття акушерського стаціонару здійснюється за погодженням головного державного санітарного лікаря адміністративної території після проведення санітарно-бактеріологічного контролю й отримання негативних результатів.

2.11. Головний лікар закладу охорони здоров'я погоджує з територіальною санітарно-епідемічною станцією (далі - СЕС) та затверджує перелік епідемічно значущих об'єктів внутрішнього середовища стаціонару, які підлягають постійному мікробіологічному дослідженню, яке проводиться ЗОЗ. Орієнтовний перелік об'єктів, що підлягають дослідженню, наведений в пункті 3.11. Інструкції з організації та упровадження системи інфекційного контролю в акушерських стаціонарах, затвердженої наказом МОЗ від 10.05.2007 N 234.

Порядок організації ізоляційних заходів для пацієнтів із висококонтagioзними інфекціями відбувається з урахуванням механізму передачі інфекції.

2.12. Територіальні СЕС здійснюють планову оцінку дотримання санітарно-протиепідемічного режиму 1 раз на квартал. Відбір проб для бактеріологічних досліджень проводиться лише з епідемічно значущих об'єктів внутрішнього середовища стаціонару.

2.13. Спеціалісти СЕС (дезінфекційна служба) 2 рази на рік оцінюють якість поточної та заключної дезінфекції, а також ефективність використання дезінфекційних засобів, якість роботи автоклавів та іншого обладнання, призначеного для стерилізації та безкамерної обробки.

2.14. Терміни, обсяг та об'єкти досліджень, які проводять СЕС, діагностичні лабораторії та дезстанції, повинні бути узгоджені між собою з метою виключення дублювання.

2.15. Працівники акушерських стаціонарів підлягають обов'язковим медичним оглядам та профілактичним щепленням у встановленому порядку.

2.16. Персонал акушерського стаціонару несе відповідальність за невиконання вимог нормативних актів, санітарних норм та гігієнічних правил згідно з чинним законодавством України.

Директор Департаменту організації
та розвитку медичної допомоги
населенню

Р.О.Моїсеєнко

Директор Департаменту державного
санітарно-епідеміологічного
нагляду

А.М.Пономаренко