



ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

« 18 » ноября 2011г.

№ 1305

г. Кемерово

В целях дальнейшей оптимизации оказания специализированной хирургической помощи новорожденным с врожденными пороками сердца и сосудов (ВПС), выявленными пренатально и после рождения, снижения младенческой смертности на территории Кемеровской области

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Положение о тактике ведения новорожденного с подозрением на ВПС или наличием ВПС (приложение № 1).

1.2. Положение о неонатальном кардиологическом консилиуме (приложение № 2).

1.3. Форму заключения неонатального кардиологического консилиума (приложение № 3).

1.4. Маршруты движения новорожденных с подозрением на ВПС или наличием ВПС (приложение № 4).

1.5. Перечень документов для направления на кардиохирургическое лечение новорожденных с ВПС (приложение № 5).

2. Главному областному специалисту неонатологу (Иванова Е.В.) и главному областному детскому специалисту кардиологу (Ровда Ю.И.):

2.1. организовать постоянно действующий неонатальный кардиологический консилиум для определения тактики ведения новорожденных с подозрением на ВПС или наличием ВПС;

2.2. обеспечить координацию этапов оказания медицинской помощи новорожденным с ВПС.

3. Начальникам управлений здравоохранением городов Кемерово (Коваленко О.В.), Новокузнецка (Шадрин А.П.), главному врачу Учреждения Российской академии медицинских наук «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН» г.Кемерово (Моисеенков Г.В.) (по согласованию), директору ГУЗ «Кемеровский областной клинический перинатальный центр имени Л.А.

Решетовой» (Шан – Син В.М.) обеспечить участие специалистов в неонатальном кардиологическом консилиуме.

4. Начальникам управлений здравоохранением муниципальных образований, главному врачу Учреждения Российской академии медицинских наук «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН» г.Кемерово (Моисеенков Г.В.) (по согласованию), директору ГУЗ «Кемеровский областной клинический перинатальный центр имени Л.А. Решетовой» (Шан – Син В.М.), ФГБ ЛПУ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» г.Ленинск-Кузнецкий (Агаджанян В.В.) (по согласованию), главным врачам ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница», ЦГБ, ГБ, ЦРБ, обеспечить:

4.1. оказание медицинской помощи новорожденным с подозрением на ВПС или наличием ВПС в соответствии с заключением неонатального кардиологического консилиума;

4.2. соблюдение маршрутов движения новорожденных с подозрением на ВПС или наличием ВПС.

5. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя начальника департамента Е.М. Зеленину.

Начальник департамента

В.К. Цой

Положение о тактике ведения новорожденного с подозрением на ВПС или наличием ВПС

После рождения ребенка с подозрением на ВПС или наличием ВПС необходимо оценить тяжесть состояния ребенка, выявить основные симптомы (цианоз, одышка, тахикардия, сердечные шумы и т.д.).

Половина случаев ВПС в периоде новорожденности являются **критическими**. Критическое состояние характеризуется острым дефицитом сердечного выброса, быстрым прогрессированием сердечной недостаточности, кислородным голоданием тканей с развитием декомпенсированного метаболического ацидоза и нарушением функции жизненно важных органов. Характерной особенностью критических ВПС у новорожденных является отсутствие или слабая выраженность компенсаторных реакций (гипертрофии миокарда, коллатерального кровообращения и т.п.). Если не проводится экстренная терапия или оперативное вмешательство, ребенок погибает в течение нескольких дней или недель. К основным причинам развития критического состояния относятся:

- 1) закрытие открытого артериального протока (ОАП) при дуктус-зависимом кровообращении;
- 2) выраженное препятствие кровотоку (аортальный стеноз, коарктация аорты, синдром гипоплазии левого сердца, критический легочной стеноз);
- 3) неадекватный возврат к левому сердцу (тотальный аномальный дренаж легочных вен, атрезия легочной артерии с интактной межжелудочковой перегородкой);
- 4) выраженная гиперволемиа малого круга кровообращения и объемная перегрузка сердца (общий артериальный ствол, большой дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), недостаточность атриовентрикулярных клапанов);
- 5) выраженная артериальная гипоксемия (транспозиция магистральных артерий, атрезия легочной артерии);
- 6) ишемия или гипоксия миокарда (аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочной артерии, транспозиция магистральных артерий).

Указанные причины при критических ВПС могут комбинироваться.

Врачу-неонатологу следует провести **первичную диагностику ВПС** доступными в данном учреждении методиками с последующим динамическим контролем полученных данных:

- осмотр больного (с оценкой клинических признаков гипоксемии и/или сердечной недостаточности),
- оценка частоты пульса и пульсации на всех конечностях,
- оценка частоты дыхания,
- оценка сатурации (SatO₂) с помощью пульсоксиметрии на руках и ногах,
- оценка артериального давления на руках и ногах,
- ЭКГ,
- рентгенография органов грудной клетки,
- эхокардиография,
- анализ кислотно-щелочного состояния.

Для всех пациентов с устойчивым цианозом следует выполнить **кислородный тест**:

- определить сатурацию кислорода,
- провести ингаляцию 100% кислородом в течение 10-15 минут, при ИВЛ-использовать РЕЕР до 7-10 см вод. ст.,
- повторно определить сатурацию кислорода.

Оценка **кислородного теста**:

- если сатурация после проведения теста не изменится или повысится незначительно (на 10-15%), а рО₂ увеличится не более чем на 10-15 мм рт.ст.– тест отрицательный, его результат свидетельствует в пользу сердечного цианоза;

- если сатурация нормализовалась, а рО₂ увеличилась на 100 мм рт.ст. – тест положительный, что свидетельствует о несердечном происхождении цианоза (РДС, неонатальная пневмония, родовая травма ЦНС и др.).

В соответствии с результатами предварительного обследования, врач - неонатолог должен провести **неотложную дифференцированную патогенетическую терапию**:

1. Мероприятия, направленные на восстановление обменных процессов:
 - обеспечить адекватный температурный режим, поддерживающий температуру тела новорожденного 36,5 -37,5⁰ С;
 - при наличии признаков недостаточности кровообращения и гипоксемии обеспечить щадящий режим кормления (зонд);
 - необходимо обеспечить энергетически адекватное питание в относительно небольшом объеме (140-200 ккал/кг/сут после 10 суток жизни): использовать грудное молоко или смеси с повышенной калорийностью (специализированные для маловесных детей, лечебные), частые кормления небольшими порциями, периодические инфузии 10-20% глюкозы, введение через гастродуоденальный зонд, непрерывное 24-часовое питание, парентеральное питание;
 - при наличии признаков обезвоживания провести адекватную инфузионную терапию, исходя из физиологической потребности;
 - по показаниям провести коррекцию уровня глюкозы и КЩС;

- обеспечить надежный сосудистый доступ.
- 2. Мероприятия, направленные на восстановление адекватного дыхания:
 - обеспечить проходимость дыхательных путей;
 - использовать увлажненную и подогретую кислородно-воздушную (21%) смесь;
 - если кислородный тест отрицательный, следует избегать высоких концентраций кислорода; не нужно стремиться нормализовать сатурацию жесткими параметрами ИВЛ.

3. При проведении **медикаментозной терапии** крайне важно определить, является ли **ВПС дуктус-зависимым или дуктус-независимым**. При некоторых пороках у новорожденных открытый артериальный проток (дуктус) может быть основным или даже единственным источником поступления крови в легочную артерию или аорту. В этих случаях закрытие протока приводит к значительному ухудшению состояния, часто не совместимому с жизнью. При других патологиях наличие ОАП не является жизненно важным, и даже может усугублять гемодинамические проблемы. Выделение дуктус-зависимых пороков в отдельную группу, несмотря на разницу в клинической картине, связано с общим по патогенезу принципом лечения — использованием простагландинов группы E1 для поддержания функционирования артериального протока.

Дуктус-зависимые ВПС:

- с обеспечением через ОАП легочного кровотока (пороки с атрезией легочной артерии или с критическим легочным стенозом, транспозиция магистральных артерий);

- с обеспечением через ОАП системного кровотока (перерыв дуги аорты, критическая коарктация аорты, критический аортальный стеноз, синдром гипоплазии левого сердца).

Дуктус-независимые ВПС: дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), аномальный дренаж легочных вен, общий артериальный ствол и др.

При дуктус-зависимых ВПС нельзя назначать оксигенотерапию, т.к. кислород способствует закрытию ОАП.

Поддержание открытого ОАП при дуктус-зависимых ВПС осуществляется введением препаратов ПГЕ. В палатах интенсивной терапии и отделениях реанимации новорожденных должно быть обеспечено наличие препаратов простагландина группы E1 (алпростадил – вазaproстан, алпростан). Инфузию проводят в центральную вену, постепенно повышая дозу препарата от 5 до 100 нг/кг/мин., оценивая изменения сатурации, появление шума ОАП (обычная терапевтическая доза 5-10 нг/кг/мин). Максимальный эффект отмечается через 2-3 часа. Обязателен мониторинг параметров: частоты сердечных сокращений, частоты дыхания, артериального давления, температура тела, цвет кожных покровов. Нежелательными лекарственными реакциями простагландинов группы E1 являются нарушения дыхания в виде апноэ (при нарушениях дыхания необходимо перевести пациента на ИВЛ и

продолжить инфузию препаратов простагландинов), системная гипотензия (восполнить ОЦК инфузионной терапией, добавить кардиотоники - допамин в начальной дозе 5 мкг/кг/мин), гиперемия кожных покровов, повышение температуры тела. Эффективность ПГЕ быстро падает с увеличением возраста новорожденных, решение об их применении следует принимать в первые дни жизни ребенка, в то же время, терапия простагландинами не может продолжаться длительно. Она необходима для стабилизации детей с дуктус-зависимыми ВПС и транспортировки к месту кардиохирургической коррекции.

4. Мероприятия, направленные на восстановление гемодинамики:

- в случае гипотонии – допамин (допмин, дофамин) от 5мкг/кг/мин.;
- при брадикардии – атропин 0,01 мг/кг (0,1 мл/кг 0,1% раствора);
- при снижении диуреза и отечном синдроме - лазикс 1-2мг/кг/сут.

Врачу - неонатологу необходимо организовать консультацию новорожденного детского кардиолога. Заведующий неонатологическим отделением, в котором находится новорожденный с подозрением на ВПС или наличием ВПС, должен согласовать сроки проведения и организовать неонатальный кардиологический консилиум для определения дальнейшей тактики ведения ребенка.

Транспортировка новорожденного ребенка с подозрением на ВПС или наличием ВПС осуществляется, после стабилизации состояния, выездной консультативной реанимационной неонатальной бригадой с продолжением терапии.

Положение о неонатальном кардиологическом консилиуме

Неонатальный кардиологический консилиум предназначен для определения тактики ведения новорожденных с подозрением на ВПС или наличием ВПС.

В состав консилиума входят: детский кардиолог, кардиохирург, реаниматолог выездной консультативной реанимационной неонатальной бригады, неонатолог (функции при необходимости может выполнять реаниматолог выездной консультативной реанимационной неонатальной бригады), врач ультразвуковой диагностики, владеющий методикой эхокардиографии у детей, при необходимости привлекаются врачи-специалисты других лечебно-профилактических учреждений.

Заведующий отделением, в котором находится новорожденный ребенок, согласовывает время и место проведения консилиума с врачами-специалистами, входящими в состав консилиума.

Консилиум предпочтительно проводить на базе Учреждения Российской академии медицинских наук «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН» г.Кемерово (по согласованию). Транспорт новорожденного осуществляется выездной консультативной реанимационной неонатальной бригадой. При невозможности транспортировки ребенка консилиум следует проводить на базе отделения, в котором находится новорожденный.

Консилиум должен дать ответы на вопросы:

- 1) Наличие ВПС, анатомия ВПС, критичность ВПС.
- 2) Необходимость и возможность кардиохирургической коррекции (пациенты, которым операция по поводу ВПС необходима и возможна; пациенты, которым операция не показана из-за незначительных нарушений гемодинамики; пациенты с ВПС, не подлежащие оперативному лечению по соматическому состоянию).
- 3) Вид операции: паллиативная или радикальная (код вида ВМП, код профиля ВМП).
- 4) Сроки проведения коррекции ВПС (оптимальные, допустимые, предельные).
- 5) Место проведения кардиохирургической коррекции.
- 6) Необходимость в консервативной терапии и рекомендацию по ее проведению.

По результатам консилиума оформляется заключение неонатального кардиологического консилиума (приложение № 3).

Заключение неонатального кардиологического консилиума

Дата: _____

1. Ф.И.О. _____
2. Возраст (дата рождения) _____
3. Место жительства _____
4. Диагноз:
Основной _____

Сопутствующий или сочетанный _____

5. Необходимость в кардиохирургической коррекции _____

6. Вид операции: Код профиля ВМП _____
Код вида ВМП _____
7. Сроки коррекции ВПС: оптимальные _____
допустимые _____
предельные _____
8. Место проведения кардиохирургической коррекции _____

9. Необходимость в сопровождении _____

10. Консервативная терапия _____

Кардиохирург _____	Подпись _____
Детский кардиолог _____	Подпись _____
Неонатолог _____	Подпись _____
Врач УЗД _____	Подпись _____
Врач выездной консультативной реанимационной неонатальной бригады _____	Подпись _____

Маршруты движения новорожденных с подозрением или наличием ВПС

Беременные женщины с подозрением на ВПС плода, независимо от места проживания, направляются для дальнейшего ведения и родоразрешения в ГУЗ «Кемеровский областной клинический перинатальный центр имени Л.А.Решетовой» в соответствии с приказом департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 13.01.2011г. № 5.

Новорожденные с подозрением на ВПС или наличием ВПС, родившиеся в лечебно-профилактических учреждениях области, могут, в зависимости от их состояния, выхаживаться и обследоваться в родовспомогательном учреждении, в котором ребенок родился или переводиться для выхаживания и обследования в специализированные неонатологические отделения в соответствии с приказом департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 19.01.2011г. № 36.

Всем новорожденным с подозрением на критический ВПС должны быть проведен неонатальный кардиологический консилиум. В соответствии с заключением консилиума новорожденный может быть:

- оставлен в акушерском стационаре по месту рождения или в неонатологическом стационаре с последующей выпиской на амбулаторный этап;

- направлен в специализированные неонатологические отделения в соответствии с приказом департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 19.01.2011г. № 36;

- направлен в отделение реанимации кардиохирургического стационара Учреждения Российской академии медицинских наук «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН» г.Кемерово;

- направлен в ФГУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения им. академика Е.Н. Мешалкина»;

- Учреждение Российской академии медицинских наук «Научно-исследовательский институт кардиологии СО РАМН» г. Томска.

Транспортировка детей в специализированные отделения Учреждения Российской академии медицинских наук «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН» г.Кемерово, ФГУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения им. академика Е.Н. Мешалкина», Учреждение Российской академии медицинских наук «научно-исследовательский институт кардиологии СО РАМН» г. Томска проводится выездной консультативной реанимационной неонатальной бригадой.

После проведения кардиохирургической операции ребенок выхаживается в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии по месту проведения оперативного лечения до стабилизации состояния. В дальнейшем ребенок может быть переведен по согласованию с главным областным специалистом неонатологом в:

- специализированные неонатологические отделения ГУЗ «Кемеровский областной клинический перинатальный центр имени Л.А. Решетовой», МБУЗ «Детская городская клиническая больница № 5» г.Кемерово, МЛПУ «Городская детская клиническая больница № 4» г.Новокузнецка, ФГБ ЛПУ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» г.Ленинск-Кузнецкий (по согласованию);

- педиатрические отделения лечебно-профилактических учреждений, имеющие специализированные кардиологические койки (ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница», МБУЗ «Детская городская клиническая больница № 5» г.Кемерово, МЛПУ «Городская детская клиническая больница № 4» г.Новокузнецка, ФГБ ЛПУ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» г.Ленинск-Кузнецкий (по согласованию), МБУЗ «Кемеровский кардиологический центр».

В специализированные неонатологические отделения переводятся доношенные новорожденные дети (в возрасте до 28 суток включительно), недоношенные дети, имеющие массу тела менее 2500 г и постконцептуальный возраст менее 42 недель. Выбор неонатологического отделения зависит от тяжести состояния ребенка и места жительства. Дети, требующие реанимационной и интенсивной терапии, переводятся в неонатологические реанимационные отделения; дети, находящиеся в стабильном состоянии переводятся в отделения патологии новорожденных и недоношенных детей. Транспортировка детей осуществляется выездной консультативной реанимационной неонатальной бригадой в соответствии с приказом департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 19.01.2011г. № 36.

Доношенные дети в возрасте старше 28 суток, недоношенные дети, имеющие массу тела более 2500г и постконцептуальный возраст более 42 недель в соответствии с тяжестью состояния и местом жительства переводятся в отделения детской реанимации или педиатрические отделения муниципальных лечебно-профилактических учреждений, детское кардиологическое отделение МБУЗ «Кемеровский кардиологический центр».

Недоношенные дети с гемодинамически значимым открытым артериальным протоком, при определении неонатальным кардиологическим консилиумом показаний к кардиохирургической коррекции, при невозможности транспортировки могут быть прооперированы на базе отделений реанимации и интенсивной терапии ГУЗ «Кемеровский областной клинический перинатальный центр имени Л.А. Решетовой», МБУЗ «Детская городская клиническая больница № 5» г.Кемерово, МЛПУ «Городская детская клиническая больница № 4» г.Новокузнецка.

При возможности транспортировки недоношенные дети с гемодинамически значимым открытым артериальным протоком оперируются в условиях Учреждения Российской академии медицинских наук «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН» г.Кемерово, с последующим переводом, по стабилизации состояния, в медицинские учреждения, в соответствии с вышеуказанными маршрутами.

После выписки из стационара ребенок с врожденным пороком сердца подлежит диспансерному наблюдению детского кардиолога по месту жительства и детского кардиолога МБУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер», в соответствии со стандартами оказания помощи данной категории пациентов.

Перечень документов для направления на кардиохирургическое лечение новорожденных с ВПС

1. Направление к месту лечения для получения медицинской помощи, заверенное руководителем лечебно-профилактического учреждения или руководителем органа управления здравоохранением муниципального образования.
2. Заключение главного областного специалиста детского кардиолога (неонатолога) установленной формы.
3. Подробная выписка из медицинских документов с заключением неонатального кардиологического консилиума о необходимости медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия».
4. Копия свидетельства о рождении ребенка.
5. Копия паспорта матери (или законного представителя ребенка).
6. Страховой полис ребенка.
7. Заявление родителей или законного представителя ребенка о согласии на обработку персональных данных установленной формы.
8. Заверенное согласие второго родителя на оперативное лечение ребенка, если он не приезжает вместе с ребенком.

Дети госпитализируются в кардиохирургический стационар в сопровождении матери или другого законного представителя ребенка.

Наименование ЛПУ: _____
Адрес: _____
Наименование отделения: _____
Телефон/факс: _____
E-mail: _____

Выписка из истории болезни №

Дата: _____
ФИО ребенка: _____
Дата рождения: _____
Домашний адрес: _____
Место нахождения ребенка, откуда поступил, даты: _____

Клинический диагноз

Основной: _____

Сопутствующий: _____

Осложнения: _____

Данные анамнеза. Данные о течение беременности, кратности беременности, исходе предыдущих беременностей. Особенности родов, оценка по шкале Апгар, антропометрия ребенка при рождении (масса, длина тела, окружность головы, груди). Динамика основных клинический симптомов (недостаточности кровообращения, гипоксемического синдрома, наличие шумов над областью сердца, АД руки-ноги, слева-справа, сатурация O₂ руки-ноги, слева-справа). Сведения о перенесенных инфекционных заболеваниях и прививках. Масса тела ребенка при переводе. Особенности вскармливания. Данные проведенного обследования в соответствии состоянием ребенка. Лечение, которое ребенок получал и получает, ИВЛ (если имелась).

Заключение неонатального кардиологического консилиума.

Куда выписка направляется (полное наименование медицинского учреждения), в которое направляется пациент) _____

Лечащий врач _____ Подпись _____
Заведующий отделением _____ Подпись _____
Заместитель главного врача
по лечебной работе _____ Подпись _____

Дополнительные обследования, необходимые для госпитализации:

1. Анализ кала на диз. группу (годность 14 дней)
2. Анализ крови на RW, на гепатиты В, С (методом ИФА), ВИЧ (годность 3 недели).

3. Справку об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 21 дня до госпитализации (действительна 3 дня).

При госпитализации матери (либо лица по уходу за ребенком) необходимо иметь следующие исследования:

1. Анализ крови на RW.
2. Флюорографическое исследование.
3. Анализ кала на диз. группу

Рекомендуемый образец

Приложение к Порядку ведения
учетной формы № 025/у-ВМП
Талон на оказание ВМП»,
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения и
социального развития Российской
Федерации от 16 апреля 2010 г. №
242н

В _____
(орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

даю согласие _____
(наименование органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения)

на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

1. Дата рождения _____
(число, месяц, год)
2. Пол _____
(женский, мужской - указать нужное)
3. Документ, удостоверяющий личность _____
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)
4. Адрес регистрации по месту жительства _____
(почтовый адрес)
5. Адрес фактического проживания _____
(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)
6. Наименование страховой медицинской организации, серия и номер полиса страхового медицинского обязательного страхования граждан пациента (при наличии) _____
7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____
8. Сведения о законном представителе _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания, телефон)

9. Дата рождения законного представителя _____

(число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя _____

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя _____

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

Примечание: пункты с 8 по 11 заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена) (нужное подчеркнуть)

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в заявлении согласен (согласна) (нужное подчеркнуть).

Срок действия Заявления - один год с даты подписания.

Подпись пациента _____/_____/

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы пациента _____

зарегистрированы _____

(№ талона на оказание ВМП)

Принял: _____

(дата приема заявления)

_____ (подпись специалиста)

(линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление и документы пациента _____

зарегистрированы _____

(№ талона на оказание ВМП)

Принял: _____

(дата приема заявления)

_____ (подпись специалиста)