МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ

Н А К А З

30 липня 2026 року Київ № 1044

Про затвердження Стандарту «Критерії госпіталізації пацієнтів для надання стаціонарної медичної допомоги»

Відповідно до статті 14^1 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров’я», пункту 8 Положення про Міністерство охорони здоров’я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 року № 90),

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити Стандарт «Критерії госпіталізації пацієнтів для надання стаціонарної медичної допомоги», що додається.

2. Департаменту медичних послуг (Валерії Соручан) забезпечити оприлюднення цього наказу на офіційному вебсайті Міністерства охорони здоров’я України.

3. Державному підприємству «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України» (Едему Адаманову) забезпечити внесення Стандарту «Критерії госпіталізації пацієнтів для надання стаціонарної медичної допомоги», затвердженого пунктом 1 цього наказу, до Реєстру медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги.

4. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра Євгенія Гончара.

Міністр **Віктор ЛЯШКО**

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров’я України
30 липня 2026 року № 1044

СТАНДАРТ

КРИТЕРІЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ДЛЯ НАДАННЯ СТАЦІОНАРНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

2026

Перелік скорочень

АТ	артеріальний тиск
АТсист	систолічний артеріальний тиск
ВАШ	візуальна аналогова шкала
ВВІГ	внутрішньовенний імуноглобулін
ВІТ	відділення інтенсивної терапії
ДШ	дихальні шляхи
ЕКГ	електрокардіограма
ІВЛ	інвазивна вентиляція легень
ІМТ	індекс маси тіла
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
КТ	комп'ютерна томографія
МНВ	міжнародне нормалізоване відношення
НІВЛ	неінвазивна вентиляція легень
ПАР	психоактивні речовини
САТ	середній артеріальний тиск
СМА	спінальна м'язова атрофія
ТЕЛА	тромбоемболія легеневої артерії
УЗД	ультразвукове дослідження
ХМТ	хворобо-модифікуюча терапія
ЦНС	центральна нервова система
ЧДР	частота дихальних рухів
ЧСС	частота серцевих скорочень
ШКГ	шкала ком Глазго
BISAP	шкала тяжкості гострого панкреатиту
CURB-65	шкала тяжкості негоспітальної пневмонії
FiO_2	фракція кисню у суміші, що вдихається
GRACE	шкала ризику при гострому коронарному синдромі
MOG-асоційоване захворювання	група аутоімунних запальних захворювань ЦНС, зумовлених антитілами до мієлін-олігодендроцитарного глікопротеїну
NMOSD	спектр оптикомієліт-асоційованих розладів
PESI	індекс тяжкості ТЕЛА
sPESI	спрощений індекс тяжкості ТЕЛА
SOFA	шкала оцінки органної недостатності
SpO_2	насичення гемоглобіну киснем (пульсоксиметрія)

І. Загальні положення та принципи застосування

1. Ці Критерії госпіталізації установлюють єдині підходи до прийняття рішень щодо обов’язкової госпіталізації пацієнтів до закладів охорони здоров’я (далі – ЗОЗ), що надають спеціалізовану медичну допомогу, продовження перебування, переведення, виписки.

Відповідність наведеним нижче критеріям є необхідною, але не самодостатньою умовою: вона обґрунтовує доцільність стаціонарного лікування, проте не є автоматичним приписом госпіталізувати. Остаточне рішення ухвалює лікар з урахуванням клінічної картини, обґрунтований відступ від критеріїв за вмотивованим клінічним рішенням є елементом застосування цих Критеріїв і оформлюється відповідним записом у первинній медичній документації.

2. Критерії госпіталізації застосовуються ЗОЗ всіх форм власності, що надають спеціалізовану медичну допомогу та фізичною особою – підприємцем, який має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

3. Рішення щодо госпіталізації приймається індивідуально до кожного пацієнта дитячого віку з урахуванням клінічної ситуації. Для пацієнтів дитячого віку застосування порогових значень фізіологічних показників здійснюється з урахуванням вікових норм.

4. Госпіталізація до стаціонарних відділень ЗОЗ здійснюється у плановому, екстреному порядку та згідно із галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я, затвердженими МОЗ та іншими нормативно-правовими актами МОЗ.

Рішення щодо госпіталізації пацієнта приймається на підставі: клінічного стану та рівня ризику; наявності показань до інвазивних, діагностичних або лікувальних втручань; потреби у цілодобовому моніторингу, безперервному нагляді або терапії, що не можуть бути безпечно забезпечені в амбулаторних умовах; відсутності безпечної та доступної амбулаторної альтернативи.

Госпіталізація у плановому порядку здійснюється за наявності клінічних показань до діагностичних чи лікувальних втручань в умовах стаціонару ЗОЗ та передбачає обов’язкову наявність направлення від лікуючого лікаря ЗОЗ з попереднім узгодженням дати і часу госпіталізації (обстеження, консультації) з урахуванням вимог Порядку направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які в установленому законом порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної

практики та надають медичну допомогу відповідного виду, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 28 лютого 2020 року № 586, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 05 березня 2020 року за № 235/34518 та Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 19 березня 2018 року № 504, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 21 березня 2018 р. за № 348/31800.

Госпіталізація в екстреному порядку здійснюється відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу» службою екстреної медичної допомоги або за направленням лікарів ЗОЗ всіх рівнів надання медичної допомоги за необхідності в терміновому використанні сучасних методів діагностики та лікування. Екстрена госпіталізація не потребує попереднього погодження дати і часу, здійснюється цілодобово незалежно від місця проживання (реєстрації, перебування) пацієнта.

Госпіталізація осіб, які хворіють на особливо небезпечні і небезпечні інфекційні хвороби здійснюється відповідно до Порядку госпіталізації, лікування та медичного нагляду за особами, які хворіють на особливо небезпечні і небезпечні інфекційні хвороби, контактними особами та носіями збудника таких інфекційних хвороб, умови їх перебування у відповідних закладах охорони здоров'я та наукових установах, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 18 грудня 2023 року № 2149, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 05 січня 2024 року за № 38/41383.

Госпіталізація осіб з розладами психіки та поведінки та надання їм медичної допомоги здійснюється з урахуванням вимог Законів України «Про психіатричну допомогу», «Про охорону дитинства», Порядку надання психіатричної допомоги в стаціонарних умовах, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 7 грудня 2023 року № 2085, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 25 січня 2024 року за № 122/41467.

Госпіталізація при виникненні гострих отруєнь будь-якої хімічної етіології, здійснюється з урахуванням вимог наказу Міністерства охорони здоров’я України від 3 квітня 2012 року № 234 «Про систему екстреної токсикологічної допомоги в Україні», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 8 червня 2012 року за № 920/21232.

Запис про направлення вноситься в електронну систему охорони здоров'я лікуючим лікарем відповідно до Порядку ведення Реєстру медичних записів,

записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я (далі – Реєстр медичних записів), затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року № 587, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 05 березня 2020 року за № 236/34519.

Міжлікарняні та внутрішньолікарняні переведення:

1) переведення пацієнта здійснюється з метою забезпечення мінімально достатнього безпечного рівня допомоги та безперервності лікування. Рішення про переведення приймається лікуючим лікарем за погодженням відповідальної особи, визначеною наказом керівника ЗОЗ (медичний директор, завідувач відділення, відповідальний лікар), за умови підтвердженої готовності приймаючого підрозділу ЗОЗ або іншого ЗОЗ;

транспортування пацієнтів із гострим мозковим інсультом між ЗОЗ, виконується відповідно до наказу Міністерства охорони здоров’я України від 15 червня 2023 року № 1091, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 03 липня 2023 року за № 1118/40174 центрами екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, як надання екстреної медичної допомоги без погодження відповідальної особи, визначеною наказом керівника ЗОЗ, відповідно до затвердженого маршруту пацієнтів з ГМІ Міністерством охорони здоров’я Автономної Республіки Крим, структурним підрозділам з питань охорони здоров’я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій;

у випадках станів, що безпосередньо загрожують життю пацієнта, переведення до профільного закладу здійснюється негайно за життєвими показаннями бригадою екстреної медичної допомоги з подальшим повідомленням адміністрації ЗОЗ;

перед перевезенням пацієнта ЗОЗ, з якого здійснюється переведення, забезпечує стабілізацію за принципами ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure): захищені дихальні шляхи (далі - ДШ) (за потреби – інтубація), адекватна оксигенація, вентиляція, контроль кровообігу (судинний доступ, інфузія, вазоактивна підтримка за показаннями), контроль болю/свідомості, іммобілізація, контроль кровотечі та глікемії, температури. Забезпечуються необхідними інфузійними помпами, шприцевими насосами, джерелом кисню, моніторуванням під час транспортування, супроводом персоналу відповідної кваліфікації;

відповідальність за готовність пацієнта до транспортування несе лікуючий лікар ЗОЗ, з якого переводиться пацієнт. Під час транспортування пацієнта відповідальність несе бригада екстреної медичної допомоги;

2) внутрішньолікарняні переведення включають ескалацію та деескалацію між рівнями інтенсивності медичної допомоги із дотриманням Критеріїв безпечного переведення пацієнтів із відділення анестезіології та інтенсивної терапії, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 листопада 2020 року № 2559 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 11 травня 2022 року № 788), зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 18 грудня 2020 року за № 1259/35542;

а) ескалація (будь-яка умова із перелічених):

неможливість утримувати цільову сатурацію киснем без підвищення рівня респіраторної підтримки, поява показань до високопотокової кисневої терапії, неінвазивна вентиляція легень (далі – НІВЛ) та/або інвазивна вентиляція легень (далі – ІВЛ);

виникнення потреби у вазопресорній або інотропній підтримці, потреба в інвазивному моніторингу артеріального тиску (далі – АТ);

виникнення небезпечних порушень ритму серця, ознак ішемії міокарда або повторюваних епізодів гострої нестабільності кровообігу;

б) деескалація (усі умови одночасно):

відміна вазопресорів та стабільний середній АТ (далі - САТ) не нижче 65 мм рт. ст. протягом 12–24 годин;

стабільний газообмін без ІВЛ, за НІВЛ або високопотокової підтримки

позитивна динаміка з можливістю переходу на низькопотокову подачу кисню;

відсутність показань до телеметрії (у разі її доступності), можливість зменшення частоти лабораторного контролю.

5. Режим спостереження на строк до 24 годин застосовується у відділеннях екстреної (невідкладної) медичної допомоги ЗОЗ або у стаціонарних відділеннях ЗОЗ, виключно за умови відсутності відділення екстреної медичної допомоги, відповідно до підпункту 6 пункту 1 та абзацу 6 підпункту 3 пункту 2 розділу ІІ Типового положення про відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24 вересня 2020 року № 2179, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 27 листопада 2020 року за № № 1192/35475, з обов'язковим внесенням інформації до Реєстру медичних записів.

6. Критерії обов'язкової госпіталізації не стосуються надання довготривалого медичного догляду, паліативної допомоги у ЗОЗ тривалого перебування, ізоляції за рішенням суду та інших правових режимів, а також не

встановлює тарифи і правила оплати медичних послуг; для зазначених випадків застосовуються спеціальні нормативно-правові акти.

7. За відсутності Критеріїв обов'язкової госпіталізації пацієнт отримує медичну допомогу в амбулаторних умовах, зокрема в умовах денного стаціонару відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23 лютого 2001 року № 72.

8. Відступ від Критеріїв обов'язкової госпіталізації допускається за клінічним рішенням лікаря за наявності задокументованих клінічних підстав або значущих соціальних ризиків, що впливають на безпеку пацієнта. Рішення про відступ від Критеріїв обов'язкової госпіталізації підлягає письмовому обґрунтуванню у Реєстрі медичних записів, із зазначенням клінічних підстав, очікуваної користі/ризиків і строку повторної оцінки, має бути погоджено із завідувачем відповідного відділення та/або черговим лікарем з наступним обов'язковим розглядом на щоденному моніторингу доцільності госпіталізацій та їх тривалості.

9. Критерієм виписки є: пацієнт не потребує цілодобового спостереження лікаря спеціаліста та за необхідності може отримувати медичну допомогу в амбулаторних умовах. Не є підставою для продовження госпіталізації: очікування планових консультацій або досліджень, які можуть бути виконані в амбулаторних умовах, вихідний день, відсутність транспорту без спроб організації соціальної допомоги.

10. Госпіталізація та виписка військовослужбовців Збройних Сил України здійснюється відповідно до статей 260, 262 Закону України «Про Статут внутрішньої служби Збройних Сил України». ЗОЗ під час лікування військовослужбовців Збройних Сил України дотримуються Порядку здійснення в особливий період обміну медичними та іншими документами військовослужбовців між закладами охорони здоров'я державної та комунальної власності, державними установами Національної академії медичних наук, в яких військовослужбовці перебували (перебувають) на лікуванні, військовими частинами і територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 23 серпня 2023 року № 901.

ІІ. Втручання, що проводяться в умовах стаціонару

Респіраторна підтримка, потреба у безперервному нагляді, процедури підвищеного ризику (діагностичні та лікувальні), післяпроцедурний стан із підвищеним ризиком (будь-що з наведеного):

1) киснева підтримка, що перевищує низькопотокову, із потребою титрування до індивідуально визначеної цільової величини SpO_2, яку неможливо безпечно забезпечити в амбулаторних умовах;

2) високопотокова киснева терапія через носові канюлі (потік ≥ 30 літрів за хв та/або $FiO_2 \geq 0{,}40$);

3) НІВЛ;

4) ІВЛ;

5) парентеральна терапія, що не може бути безпечно забезпечена поза стаціонаром ЗОЗ. Внутрішньовенне введення лікарських засобів, що потребує безперервного спеціалізованого моніторингу відповідно до вимог інструкції на лікарський засіб для медичного застосування (антиаритмічні, антикоагулянти, вазоактивні лікарські засоби, інфузії для корекції тяжких електролітних або кислотно-лужних порушень, парентеральні антиангінальні засоби тощо);

6) внутрішньовенна антибактеріальна терапія (потреба у частому клініко-лабораторному нагляді, ризик гострих реакцій, складний венозний доступ, відсутність надійного догляду);

7) повне парентеральне харчування за неможливості або наявності протипоказань до ентерального харчування;

8) інвазивний або безперервний фізіологічний моніторинг;

9) артеріальна канюля для безперервного вимірювання АТ або для частих заборів артеріальної крові;

10) безперервний електрокардіографічний нагляд у пацієнтів зі значущим ризиком порушень ритму, ішемії або подовження інтервалу «QT»;

11) застосування помірної чи глибокої седації або загальної анестезії з безперервним моніторингом вентиляції (капнографія), SpO_2 та ЕКГ при процедурах, які не можуть бути виконані в амбулаторних умовах, або виконання яких доцільне в умовах стаціонару;

12) очікуваний значущий ризик гострих ускладнень, що вимагають негайного втручання (кровотеча, перфорація, пневмоторакс, небезпечні

порушення ритму), з готовністю до гемостазу, дренування, трансфузії, рідинної ресусцитації та реанімаційних заходів;

13) перипроцедурна корекція коагулопатії або організація послідовної терапії антикоагулянтами чи антиагрегантами;

14) необхідність центрального венозного або артеріального доступу для виконання процедури;

15) високий ризик трансфузійних реакцій, що потребує цілодобового нагляду; заплановане переливання кількох терапевтичних доз крові або її компонентів (наприклад, 2 та більше доз еритроцитів/тромбоцитів протягом 24 годин) у пацієнта, для якого безпечне проведення трансфузії неможливе в амбулаторних умовах, та/або очікувана масивна трансфузія (для дорослих – переливання 10 та більше доз еритроцитів або еквіваленту об'єму циркулюючої крові за 24 години; для дітей понад 40 мл/кг агрегованого об'єму крові/її компонентів протягом 24 годин);

16) необхідність проведення терапевтичних втручань з подальшим цілодобовим спостереженням в умовах стаціонару (зокрема електросудомної терапії та інші);

17) запланований безперервний моніторинг життєвих функцій (сатурація SpO_2, ЧДР, АТ, ЧСС та/або ЕКГ) протягом не менше 24 годин після втручання/анестезії;

18) потреба у частому (наприклад, щогодини) або безперервному контролю гемостазу (ризик чи ознаки кровотечі, зокрема після проведення малоінвазивних ендоскопічних, лапароскопічних втручань), функції хірургічних дренажів та/або необхідність регулярної парентеральної аналгезії чи протиблювотної терапії, що неможливо безпечно забезпечити поза стаціонаром (включно з денним стаціонаром або лікування в амбулаторних умовах);

19) недосягнення критеріїв безпечної виписки з післяанестезійного нагляду за валідованою шкалою (наприклад, модифікована шкала Альдрете), як правило: сумарний бал менше 9 балів або наявність окремих клінічно значущих симптомів (нестабільна гемодинаміка, порушення свідомості, неконтрольований біль, виражена нудота/блювання, дихальні порушення), що потребують подальшого спостереження в умовах стаціонарного відділення ЗОЗ;

20) потреба у проведенні гострої ниркової замісної терапії (інтермітуючий гемодіаліз, перитонеальний діаліз або інші інтермітуючі методи) при гострому ураженні нирок чи декомпенсації хронічної ниркової

недостатності; рефрактерній гіперкаліємії, тяжкому метаболічному ацидозі, рефрактерному перевантаженні об’ємом, симптомній уремії;

21) показання до планової госпіталізації для кардіохірургічних втручань:

виконання відкритих кардіохірургічних операцій (аортокоронарне шунтування, операції на клапанах, аорті, при вроджених вадах серця, трансплантація тощо), що потребують загальної анестезії, штучного кровообігу, інтенсивної терапії та післяопераційного моніторингу;

високоресурсні інтервенційні/гібридні втручання (транскатетерні клапанні процедури, хірургічна абляція, реконструктивні операції на камерах серця), які не можуть бути безпечно виконані амбулаторно;

імплантація, ревізія або видалення кардіальних пристроїв (електрокардіостимуляторів, імплантований кардіовертер-дефібрилятор, бівентрикулярний кардіостимулятор), що потребують операційної, анестезіологічного забезпечення та стаціонарного нагляду;

необхідність передопераційної стаціонарної підготовки (корекція антикоагуляції, оптимізація супутньої патології, проведення інвазивної діагностики) з неможливістю забезпечення безпеки в амбулаторних умовах;

22) підбір терапії лікарськими засобами, лікування якими необхідно розпочинати в стаціонарних умовах ЗОЗ відповідно до інструкції для медичного застосування лікарського засобу.

III. Деякі загрозливі для життя показники, при яких госпіталізація обов’язкова

Нижче наведені окремі значення ключових фізіологічних показників для дорослих пацієнтів, які мають більшу доказову базу в якості предикторів, маркерів, або свого роду діагностичних критеріїв тяжкості, що обумовлюють необхідність госпіталізації. Разом з тим ці фізіологічні величини самостійно не завжди можуть бути клінічно-значимими і слугувати абсолютними показаннями до госпіталізації. Вони повинні розглядатися з урахуванням віку, а також наявності хронічних захворювань, що дозволяють пацієнту адаптуватися до суттєвих відхилень наведених показників від норми. Тому в багатьох випадках критеріями госпіталізації повинні слугувати не тільки і не стільки окремо взяті величини фізіологічних показників, а стійка динаміка до їх погіршення, а також стійка тенденція до погіршення декількох показників одночасно.

У розробці положень нижченаведених критеріїв використано інструментарій Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) як стандарт оцінки

використання лікарняних ресурсів. Робота базується на оригінальних критеріях оцінки, визначених у дослідженні Gertman P.M. та Restuccia J.D. (1981), із урахуванням пізніших валідацій та адаптацій протоколу для європейського регіону (EU-AEP).

Дихальні шляхи та дихання (будь-який із наведених критеріїв):

1) загроза порушення прохідності ДШ або необхідність негайного втручання (мануальні прийоми для відновлення прохідності ДШ, інтубація, НІВЛ чи ІВЛ);

2) гостра дихальна недостатність, що проявляється одним із наведеного:

$SpO_2 \leq 92$ % на кімнатному повітрі (за хронічної гіперкапнії цільовий діапазон визначається індивідуально);

потреба у $FiO_2 > 0{,}40$, щоб підтримувати індивідуально визначену ціль насичення киснем крові (SpO_2);

розпочато НІВЛ чи ІВЛ;

3) ЧДР ≥ 30 за хв у поєднанні з клінічними ознаками дихального дистресу (втягування міжреберних проміжків, використання допоміжної мускулатури, неможливість говорити повними реченнями) або ЧДР ≤ 8 за хв у поєднанні з порушенням свідомості;

4) гіперкапнічна декомпенсація, що потребує НІВЛ: водневий показник (pH) артеріальної крові ≤ 7,35 у поєднанні з парціальним тиском вуглекислого газу в артеріальній крові більше 45 мм рт.ст. та клінічними ознаками гіперкапнії.

Кровообіг, неврологічні, нейрохірургічні та метаболічні порушення

1) ознаки шоку або вираженої гемодинамічної нестабільності:

необхідність застосування вазопресорів для підтримання середнього АТ ≥ 65 мм рт.ст;

АТ < 90 мм рт.ст. або середній АТ < 65 мм рт.ст після лікування гіповолемії шляхом адекватного вливання розчинів кристалоїдів;

стійка ЧСС ≥ 130 за хв з ознаками гіпоперфузії;

2) підозра на сепсис з ознаками органної дисфункції (наприклад, рівень лактату (молочної кислоти) у плазмі крові ≥ 2,0 ммоль/л, олігурія, клінічна картина гіпоперфузії);

3) тяжкі електролітні, кислотно-лужні або осмолярні порушення (будь-який із наведених критеріїв):

натрій у плазмі крові ≤ 120 ммоль/л або ≥ 160 ммоль/л;

калій у плазмі крові ≤ 3,0 ммоль/л або ≥ 6,0 ммоль/л; (для рівня ≥ 6,0 ммоль/л підставою є зміни на ЕКГ, швидке наростання або гостре ураження нирок; хронічна стабільна гіперкаліємія оцінюється індивідуально)

водневий показник (pH) артеріальної крові ≤ 7,20 (тяжка ацидемія) або ≥ 7,55 (тяжка алкалемія);

концентрація гідрогенкарбонату у плазмі крові ≤ 10 ммоль/л;

загальний кальцій ≥ 3,5 ммоль/л або клінічно значуще підвищений рівень іонізованого кальцію; загальний кальцій < 1,9 ммоль/л або тяжка симптомна гіпокальціємія (тетанія, судоми, подовження інтервалу QT)

магній < 0,5 ммоль/л, або < 0,7 ммоль/л за наявності клінічно значущих симптомів чи змін ЕКГ;

ефективна осмолярність плазми ≥ 320 міліосмоль на літр;

глюкоза плазми крові ≤ 3,0 ммоль/л з ознаками нейроглікопенії або ≥ 33,3 ммоль/л чи наявні діагностичні критерії діабетичного кетоацидозу або гіперосмолярного стану;

4) гострі порушення ритму або провідності, що супроводжуються нестабільністю (будь-який із наведених критеріїв):

шлуночкова тахікардія або фібриляція шлуночків, або брадикардія із ЧСС < 40 за хвилину у поєднанні з гіпотензією або непритомністю;

тахіаритмія з ознаками ішемії міокарда або набряку легень; атріовентрикулярна блокада другого або третього ступеня з гемодинамічною нестабільністю;

5) ознаки гострої ішемії міокарда: підйом сегмента ST на ЕКГ або динамічні зміни ЕКГ у поєднанні з клінічними ознаками та/або підвищенням концентрації високочутливих тропонінів;

6) порушення свідомості та гострий/прогресуючий неврологічний дефіцит (будь-який із наведених критеріїв):

оцінка за шкалою коми Глазго (далі – ШКГ) ≤ 13 балів (підтверджена двічі з інтервалом ≥15 хвилин) або гостра зміна психічного стану (дезорієнтація, сплутаність свідомості, делірій); (за швидкого погіршення стану дії вживаються негайно, не очікуючи повторної оцінки)

гострий вогнищевий неврологічний дефіцит (підозра на гострий мозковий інсульт та інший стан, що супроводжується ішемією мозку, гострою гідроцефалією, а також підвищенням внутрішньо-черепного тиску), гостра втрата зору (особливо на одне око) або раптова втрата слуху, особливо в поєднанні з іншими неврологічними симптомами;

епілептичний статус або повторні судоми без повного відновлення свідомості між нападами; перший в житті генералізований судомний напад чи судомний напад на тлі підозри на гостре ураження центральної нервової системи (далі – ЦНС), інтоксикацію або тяжкі метаболічні порушення;

прогресуюче (впродовж годин–днів) погіршення неврологічних функцій у порівнянні з базовим станом (наростання слабкості, порушення мовлення, ходи, координації, нові порушення чутливості, функцій тазових органів тощо).

Інші загрозливі стани та неконтрольовані симптоми (будь-який із наведених критеріїв):

1) рефрактерний біль: оцінка болю за візуальною аналоговою шкалою (далі – ВАШ) ≥ 7 з 10 балів після двох послідовних курсів аналгезії різних фармакологічних класів у терапевтичних дозах із повторною оцінкою ефекту, або потреба парентеральної аналгезії понад 24 години;

2) невпинне блювання (орієнтовно) > 3 епізодів за 6 годин або > 6 епізодів за 24 години, або діарея з ризиком дегідратації чи аспірації, або документована неможливість приймати пероральні лікарські засоби або рідину протягом > 6 годин;

3) активна або рецидивна кровотеча (криваве блювання, мелена або свіжа кров у калі, гостра аномальна маткова кровотеча) або гемодинамічна нестабільність на тлі кровотечі або потреба у гемотрансфузії;

4) анафілаксія із загрозою прохідності ДШ або з гіпотензією, що потребує двох і більше доз адреналіну. Анафілактичний шок з ознаками дихальної та гемодинамічної недостатності з потребою введення адреналіну, глюкокортикостероїдів, антигістамінних лікарських засобів; усі пацієнти з ангіоневротичним набряком або генералізованою кропив'янкою будь-якої етіології підлягають госпіталізації;

5) «гострий живіт» або підозра на гостру хірургічну патологію (ознаки подразнення очеревини, вільний газ чи рідина у черевній порожнині, зростання рівня лактату (молочної кислоти), прогресуючий біль попри лікування). «Гострий живіт» із підтвердженою за візуалізацією патологією, що потребує або потенційно потребує невідкладного хірургічного втручання (перфорація, кишкова непрохідність, ішемія/некроз, внутрішня кровотеча, розрив паренхіматозного органа тощо);

6) гостра ішемія кінцівки (раптовий сильний біль, блідість або похолодання, відсутність дистального пульсу, сенсорні чи рухові порушення). Гостра ішемія кінцівки (клас Резерфорда IIa–III або відсутність артеріального

сигналу за доплерівським дослідженням, ознаки оклюзії за візуалізацією) з показанням до негайної реваскуляризації або системної антикоагуляції;

7) травма високого ризику (за наявності хоча б однієї з таких ознак):

фізіологічні критерії: ШКГ ≤ 13 балів; САТ < 90 мм рт. ст.; ЧДР < 10 або > 29/хв та/або потреба у вентиляційній підтримці;

анатомічні критерії: проникаюча травма голови та/або шиї, та/або тулуба, або проксимальних відділів кінцівок, або нестабільність чи деформація грудної стінки, або підозра на перелом таза, або підозра на відкритий чи вдавлений перелом черепа, або новий фокальний неврологічний дефіцит, або травматична ампутація, або розчавлена чи безпульсова кінцівка, або активна кровотеча, що потребує накладання джгута чи тампонади рани з безперервним тиском;

високоризиковий механізм ушкоджень: падіння з висоти > 3 м, або дорожньо-транспортна пригода зі значною інтрузією чи деформацією або потребою деблокування, викиданням із транспортного засобу чи смертю в тому ж салоні, або наїзд на пішохода чи велосипедиста з відкиданням, переїздом чи значним ударом;

травма голови + антитромботична терапія: у разі травми голови у пацієнта, який приймає антикоагулянти або антиагреганти (крім монотерапії ацетилсаліциловою кислотою) необхідно провести КТ головного мозку протягом 8 годин від моменту травми або протягом 1 години після звернення, якщо звернення відбулося > 8 годин після травми, рішення щодо госпіталізації приймається за результатами оцінки КТ;

8) гематологічні «червоні прапорці» (будь-який із наведених критеріїв):

симптомна анемія з концентрацією гемоглобіну ≤ 70 г/л (або ≤ 80 г/л за наявності ішемічної хвороби серця);

кількість тромбоцитів ≤ 10 × 10^9 на літр (або ≤ 20 × 10^9 на літр за наявності кровотечі чи додаткових факторів ризику);

фебрильна нейтропенія з абсолютною кількістю нейтрофілів < 0,5 × 10^9 на літр у поєднанні з температурою тіла ≥ 38,0 °С, чи ознаками клінічно значущого сепсису;

9) опіки, що відповідають критеріям направлення до спеціалізованого опікового центру відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 30 вересня 2013 року № 838 «Про систему комбустіологічної допомоги в Україні», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 26 листопада 2013 р. за № 2026/24558 (будь-який із наведених критеріїв):

термічні опіки часткової товщини шкіри (II ступеня) з площею ураження понад 10 % площі поверхні тіла;

опіки, що уражають обличчя, очі та повіки, кисті, стопи, зовнішні статеві органи, промежину або великі суглоби незалежно від площі;

опіки повної товщини шкіри (III ступеня) будь-якої площі;

електричні опіки, включно з ураженням блискавкою;

хімічні опіки;

підозра на інгаляційне ураження ДШ (опіки обличчя, обпалене волосся в ділянці носа/рота, сажа в ротоглотці, клінічні ознаки дихальної недостатності після впливу диму тощо);

опікове ушкодження у пацієнтів із тяжкими супутніми захворюваннями, які можуть ускладнювати ведення, подовжувати одужання або підвищувати ризик летального наслідку;

опіки у пацієнтів із поєднаною травмою (переломи, черепно-мозкова травма тощо), коли опікова травма є основним джерелом ризику для життя і потребує надання комбустіологічної допомоги у спеціалізованому центрі;

діти з опіками, які перебувають у ЗОЗ, що не мають належного обладнання, педіатричних ліжок та підготовленого медичного персоналу для надання комбустіологічної допомоги дітям (такі пацієнти підлягають направленню/переведенню до спеціалізованого опікового центру);

діти з опіками незалежно від ступеня тяжкості;

пацієнти з опіковими ушкодженнями, які потребують спеціальної соціальної, психологічної або тривалої реабілітаційної підтримки, що не може бути забезпечена поза спеціалізованим опіковим центром; з урахуванням Стандарту медичної допомоги «Опіки», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 6 листопада 2024 року № 1869;

10) гостра інтоксикація або отруєння з порушенням свідомості, дихання чи гемодинаміки.

IV. Деякі захворювання та стани, при яких госпіталізація обов’язкова

1. Кардіопульмональні декомпенсації:

1) гострий коронарний синдром (будь-що з наведеного):

гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST або його електрокардіографічний еквівалент із показанням до невідкладної

реперфузійної терапії (первинне черезшкірне коронарне втручання або системний тромболізис) з урахуванням Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та кардіореабілітації «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 вересня 2021 року № 1936;

гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST високого ризику: динамічне підвищення/зниження високочутливих кардіоспецифічних тропонінів з принаймні одним значенням понад 99-й перцентиль верхньої межі норми у поєднанні з симптомами ішемії або новими ішемічними змінами ЕКГ, або оцінка ризику за валідованою шкалою (наприклад, GRACE) понад 140 балів, або рефрактерна чи повторна стенокардія попри оптимальну медикаментозну терапію, або гемодинамічна нестабільність, гостра серцева недостатність чи життєвозагрозливі порушення ритму з урахуванням Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та кардіореабілітації «Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15 вересня 2021 року № 1957;

потреба у втручаннях підвищеного ризику (діагностичних та лікувальних); післяпроцедурний стан із підвищеним ризиком з безперервним моніторингом і запланованою коронарографією відповідно до розділу II;

атиповий перебіг гострого коронарного синдрому розглядаються як еквіваленти ішемії, що потребують невідкладної госпіталізації: ішемічні зміни на ЕКГ незалежно від наявності болю; підвищення/динаміка тропоніну; гемодинамічна нестабільність; ознаки гострої серцевої недостатності; високий ризик (вік >75, цукровий діабет, хронічна серцева недостатність, хронічна ниркова недостатність, деменція);

2) нестабільні порушення ритму чи провідності, що потребують парентеральної антиаритмічної терапії, електричної кардіоверсії, тимчасової кардіостимуляції або безперервного нагляду не менше 24 годин; та з урахуванням Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фібриляція передсердь», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15 червня 2016 року № 597;

3) гостра декомпенсована серцева недостатність або набряк легень із потребою в кисневій підтримці, НІВЛ чи ІВЛ та внутрішньовенній діуретичній терапії;

4) ТЕЛА або венозна тромбоемболія (будь-що з наведеного):

високий ризик: АТсист ≤ 90 мм рт. ст. або зниження на 40 мм рт. ст. і більше протягом не менше 15 хвилин, або потреба у вазопресорах, або показання до системного тромболізису чи ургентного ендоваскулярного втручання;

проміжно-високий ризик: одночасна наявність: дисфункції правого шлуночка за ЕКГ або КТ-ангіографією та підвищених біомаркерів ушкодження чи перевантаження міокарда (високочутливі тропоніни, натрійуретичні пептиди), у поєднанні з підвищеною клінічною тяжкістю (sPESI ≥ 1 або PESI клас III–V);

потреба у кисневій підтримці з FiO_2 ≥ 0,40, у парентеральній антикоагуляції або у катетер-спрямованій реперфузійній терапії;

об’ємний тромбоз глибоких вен із ризиком флегмазії або прогресуванням попри адекватну антикоагуляцію, або клінічні ситуації високого ризику ускладнень (вагітність чи післяпологовий період, тяжкі супутні захворювання, високий ризик кровотечі);

5) астматичний статус, загострення бронхіальної астми або загострення хронічного обструктивного захворювання легень із потребою у НІВЛ або високопотоковій кисневій терапії, частих інгаляцій через небулайзер, введення системних глюкокортикостероїдів і моніторингу не менше 24 годин;

з урахуванням Уніфікованого клінічного протоколу первинної, спеціалізованої та екстреної медичної допомоги «Хронічне обструктивне захворювання легень», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 20 вересня 2024 року № 1610;

6) ускладнений гіпертензивний криз із гострим ураженням органів-мішеней, що вимагають внутрішньовенної антигіпертензивної терапії та безперервного моніторингу, зокрема: гостра гіпертензивна енцефалопатія, інсульт, гострий набряк легень, гострий коронарний синдром або ішемія міокарда, гостра ниркова недостатність, мікроангіопатична гемолітична анемія/тромбоцитопенія, криз феохромоцитоми, прееклампсія/еклампсія та з урахуванням Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (Артеріальна гіпертензія)», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 12 вересня 2024 року № 1581; Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у

післяпологовому періоді», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24 січня 2022 року № 151;

7) масивне кровохаркання (будь-що з наведеного):

обсяг кровохаркання, оцінений клінічно або інструментально, орієнтовно 200–300 мл за 24 години або більше;

ризики обструкції дихальних шляхів;

будь-який обсяг кровохаркання з ознаками дихальної або гемодинамічної нестабільності, гіпоксемією, необхідністю кисневої підтримки, невідкладної бронхоскопії чи інтервенції;

підозра на кровотечу з великих ДШ або на фонову патологію з високим ризиком рецидиву (кавернозний туберкульоз, бронхоектатична хвороба, злоякісне новоутворення), що потребує безперервного нагляду та готовності до невідкладного втручання;

8) новонароджених і немовлят з вродженими вадами серця при будь-якому інтеркурентному захворюванні у ранньому післяопераційному періоді після кардіохірургічних втручань;

діти з вродженими вадами серця, які потребують корекції інфузійної, інотропної або респіраторної терапії.

2. Тяжкі інфекції, сепсис і септичний шок

1) септичний шок: потреба у вазопресорах для підтримання САТ ≥ 65 мм рт. ст. після адекватної інфузійної ресусцитації та рівень лактату (молочної кислоти) у плазмі понад 2,0 ммоль/л;

2) сепсис з органною дисфункцією;

3) позагоспітальна пневмонія тяжкого ступеня: індекс тяжкості пневмонії клас IV–V або шкала CURB-65 не менше 3 балів, або дихальна недостатність/ускладнення;

4) менінгіт, енцефаліт, інфекційний ендокардит, глибокі інфекції (остеомієліт, абсцеси, некротизуючі інфекції м'яких тканин): потреба у парентеральній антимікробній терапії, хірургічному дренуванні або безперервному нагляді;

5) спонтанний бактеріальний перитоніт при декомпенсованій хворобі печінки (будь-що з наведеного):

кількість поліморфноядерних нейтрофілів в асцитичній рідині ≥ 250 клітин у мкл та/або позитивні результати бактеріологічного дослідження;

системні ознаки інфекції, ниркова дисфункція або енцефалопатія;

потреба у парентеральній антимікробній терапії, інфузіях альбуміну, безперервному нагляді;

6) ускладнена інфекція сечової системи (включно з гострим пієлонефритом) (будь-що з наведеного):

підозра або підтверджена інфекція сечової системи із системними ознаками чи органною дисфункцією: приріст сумарного балу за SOFA на два бали і більше та/або рівень лактату у плазмі крові ≥ 2,0 ммоль/л;

інфекція на тлі перешкоди відтоку сечі (гідронефроз, камінь, стриктура, пухлина) або піонефроз;

двобічна обструкція чи обструкція єдиної нирки, показання до ургентної декомпресії верхніх сечових шляхів підтверджуються УЗД або КТ;

гостре ураження нирок за міжнародно визнаними критеріями (збільшення концентрації креатиніну у сироватці крові на 26,5 мкмоль/л і більше протягом 48 годин; або у 1,5 раза і більше від вихідного рівня протягом 7 діб, або зниження діурезу менше 0,5 мл/кг/годину протягом не менше 6 годин), олігурія;

періренальний або паранефральний абсцес, що потребує дренування;

емфізематозний пієлонефрит або емфізематозний цистит (газ у паренхімі нирки чи стінці сечового міхура за даними візуалізації).

3. Тяжкі шкірно-слизові реакції гіперчутливості (будь-що з наведеного):

1) синдром Стівенса–Джонсона, токсичний епідермальний некроліз або перекривальні форми з ерозивно-бульозним ураженням слизових оболонок, відшаруванням епідермісу та системними ознаками, які за клінічною оцінкою потребують лікування в умовах стаціонару інтенсивної терапії або спеціалізованого відділення ЗОЗ;

2) генералізована еритродермія (ураження ≥ 80–90 % площі поверхні тіла), що супроводжується порушенням терморегуляції та/або водно-електролітного балансу, ризиком гемодинамічної нестабільності, інфекційних ускладнень або серцевої декомпенсації та потребує нагляду в умовах стаціонару і підтримувальної терапії;

3) багатоформна еритема тяжкого перебігу з ураженням слизових оболонок;

4) будь-яка гостра тяжка шкірно-слизова медикаментозна реакція (зокрема, синдром медикаментозної алергії з еозинофілією та системними

симптомами, гострий генералізований екзантематозний пустульоз чи інші форми тяжких шкірних побічних реакцій), що супроводжується необхідністю парентеральної терапії, корекції рідини та електролітів, профілактики або лікування інфекційних ускладнень та безперервного моніторингу життєвих функцій в умовах стаціонару та з урахуванням уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Медикаментозна алергія, включаючи анафілаксію», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 30 грудня 2015 року № 916.

4. Гострі хірургічні стани, травма, відмороження

1) гострий панкреатит із ознаками тяжкості (будь-що з наведеного):

шкала BISAP ≥ 3 балів;

персистуюча органна дисфункція;

концентрація С-реактивного білка понад 150 мг/л через 48 години;

некроз за даними КТ або рефрактерний біль/блювання з дегідратацією;

2) тяжке загострення запальних хвороб кишківника (виразковий коліт, хвороба Крона) з потребою інтенсивної індукційної терапії, корекції електролітних порушень, нутритивної підтримки та безперервного нагляду та з урахуванням Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Запальні захворювання кишечника (хвороба Крона, виразковий коліт)», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 6 жовтня 2023 року № 1742;

3) шлунково-кишкова кровотеча з гемодинамічною нестабільністю, потребою у не менше двох доз еритроцитарної маси протягом 24 годин або високий ризик за шкалою Глазго-Блатчфорда;

4) кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу (ознаки портальної гіпертензії, ендоскопічне підтвердження або висока ймовірність), що потребує ургентної ендоскопії з лігуванням/склеротерапією, вазоактивної та антибактеріальної терапії; з урахуванням Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Ускладнення цирозу печінки: кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу та шлунка», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13 березня 2026 № 315;

5) відмороження або некротизуючі ураження з ризиком втрати сегмента кінцівки або септичних ускладнень;

6) тяжка та середньої тяжкості черепно-мозкова травма, а також у випадку помірної тяжкості черепно-мозкової травми (оцінка за ШКГ 13–15 балів) з факторами високого ризику (будь-що з наведеного):

оцінка за ШКГ < 15 балів через 2 години після травми або зниження на один бал і більше у динаміці, оцінку зафіксовано не менше ніж двічі з інтервалом не менше 15 хв;

патологічні зміни на КТ головного мозку: внутрішньочерепний крововилив, забій мозку, зміщення серединних структур, пневмоцефалія, відкритий або втиснутий перелом, ознаки перелому основи черепа (ліквореа, періорбітальні екхімози, гематома за вухом);

клінічні «червоні прапорці» (будь-який): два і більше епізоди блювання, посттравматичний судомний напад, стійкий або прогресуючий вогнищевий неврологічний дефіцит, виражений або наростаючий головний біль, амнезія до події понад 30 хв, небезпечний механізм (падіння з висоти понад один метр або понад п’ять сходинок, зіткнення на високій швидкості), вік 65 років і старше;

антикоагулянтна або антиагрегантна терапія з високим ризиком кровотечі (зокрема суттєво підвищене міжнародне нормалізоване відношення (далі – МНВ), прийом прямих пероральних антикоагулянтів у терапевтичних дозах) або за неможливості безпечного домашнього нагляду. Якщо первинна КТ без крововиливу, неврологічний статус стабільний і інші критерії відсутні, то госпіталізація не показана лише через прийом антитромботичних засобів;

підозра на супутнє ушкодження шийного відділу хребта або політравму, що потребує обстеження в умовах стаціонару;

7) загострення хронічного панкреатиту з ускладненнями (будь-що з наведеного):

рефрактерний біль, що потребує безперервної парентеральної аналгезії понад 24 години;

нестримне блювання/дегідратація з електролітними зсувами;

гнійно-септичні ускладнення, що вимагають невідкладного хірургічного втручання за результатами інструментальної візуалізації або лабораторних досліджень;

з урахуванням Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Хронічний панкреатит», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 4 липня 2023 року № 1204;

8) біліарні інфекції (будь-що з наведеного):

гострий холецистит середнього або тяжкого ступеня з потребою парентеральної антибактеріальної терапії та/або ургентного хірургічного втручання;

гострий холангіт (клінічні, лабораторні та/або візуалізаційні ознаки) з показанням до ургентної декомпресії жовчних шляхів (ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія, черезшкірне дренування);

біліарний панкреатит з ознаками тяжкості, наприклад, показник BISAP ≥ 3 балів, персистуюча органна дисфункція, концентрація С-реактивного білка понад 150 мг/л через 48 годин.

5. Урологічні ургентні стани (будь-що з наведеного):

1) обструктивний пієлонефрит або піонефроз: підтверджена обструкція за УЗД або КТ у поєднанні з ознаками інфекції або сепсису, показання до ургентної декомпресії (нефростомія, стентування);

2) ниркова колька з рефрактерним болем (оцінка ≥ 7 з 10 балів за ВАШ попри дві послідовні лінії аналгезії), повторним блюванням з дегідратацією або зростанням концентрації креатиніну/олігоанурією;

3) гостра затримка сечі у разі невдачі катетеризації або наявності ускладнень (макрогематурія з тампонадою, гарячка/ознаки сепсису, гостре ураження нирок постренального типу, тяжкі електролітні зсуви, підозра на нейрогенну затримку).

6. Отоларингологічні ургентні стани (будь-що з наведеного):

1) перитонзилярний або парафарингеальний абсцес з ризиком порушення прохідності ДШ або потребою ургентного дренування;

2) епіглотит або глибокі інфекції шиї із загрозою прохідності ДШ;

3) гнійно-запальні захворювання з потенційною загрозою ускладнень;

4) неконтрольована носова кровотеча з гемодинамічною нестабільністю, анемізацією або невдачею амбулаторного гемостазу та з урахуванням Стандарту медичної допомоги «Носова кровотеча», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 15 грудня 2022 року № 2273.

7. Офтальмологічні ургентні стани (будь-що з наведеного):

1) гострий напад закритокутової глаукоми з болем і/або зниженням зору, некупований в амбулаторних умовах та з урахуванням Стандарту медичної допомоги «Глаукома», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 26 травня 2023 року № 959;

2) ендофтальміт або інший гострий внутрішньоочний запальний процес із загрозою втрати зору;

3) гостра травма ока з ризиком перфорації/внутрішньоочного ураження, що потребує невідкладного втручання та нагляду в умовах стаціонару; травма орбіти, сторонні тіла ока, орбіти, придаткового апарату;

4) гостре порушення кровообігу в системі зорового нерва;

5) гостра хвороба трансплантату;

6) перфорація рогівки на фоні запального процесу;

7) гострий фіброзно-пластичний кератит

8) гострі гнійно-інфекційні запалення ока, орбіти та придаткового апарату ока;

9) регматогенне або тракційно-регматогенне відшарування сітківки з невідшарованою макулою.

8. Отруєння та токсикологічні стани (будь-що з наведеного):

1) порушення свідомості, дихальна або гемодинамічна недостатність (оцінка за ШКГ ≤ 13 балів або SpO_2 ≤ 92 % на кімнатному повітрі або АТсист ≤ 90 мм рт. ст. або САТ ≤ 65 мм рт. ст. або ЧДР ≤ 8 або ≥ 30 за хв);

2) порушення серцевого ритму або судомний синдром;

3) потреба у специфічній антидотній терапії та подальшому моніторингу;

4) поліінтоксикація, невідомий агент або навмисне самопошкодження з невідомою дозою/часом експозиції;

5) нейролептичний злоякісний синдром, серотоніновий синдром, злоякісна гіпертермія;

з урахуванням Нового клінічного протоколу «Екстрена медична допомога: догоспітальний етап», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 5 червня 2019 року № 1269.

9. Неврологічні ургентні стани

1) гострий мозковий інсульт, зокрема із показаннями до реперфузійної, нейроінтервенційної чи хірургічної терапії або потребою в безперервному нагляді та з урахуванням Стандартів медичної допомоги «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 5 січня 2022 року № 9, Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної

(спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт (Внутрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив)», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 квітня 2014 року № 275, Стандарту медичної допомоги «Ішемічний інсульт» затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 20 червня 2024 року № 1070;

2) транзиторна ішемічна атака з потребою термінової нейровізуалізації та початку вторинної профілактики з урахуванням Стандартів медичної допомоги «Вторинна профілактика інсульту», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 2 листопада 2022 року № 1967;

3) епілепсія у дорослих (будь-що з наведеного):

епілептичний статус (тривалість нападу понад 5 хв) або повторні напади без повного відновлення свідомості між судомними нападами, або потреба у парентеральній протинападовій терапії чи седації, або ознаки загрози дихальної недостатності;

дебют епілептичних нападів, або невизначених пароксизмальних станів, частота й тяжкість яких є загрозливою для життя пацієнта, або потреба у парентеральній протинападовій терапії чи седації, або ознаки загрози дихальної та/або серцевої недостатності;

значне почастішання епілептичних нападів без повного відновлення свідомості або поява нападових чи післянападових вітальних порушень;

розвиток серйозних ускладнень протинападової терапії, які потребують термінової відміни протинападового лікарського засобу з можливістю розвитку епілептичного статусу або кластеру нападів без повного відновлення свідомості.

Госпіталізація до психіатричного стаціонару:

розвиток психотичних розладів;

наявність соціально небезпечних дій або намірів, ауто- або гетеро-агресивної поведінки передіктальних, іктальних, післяіктальних та інтеріктальних;

гострий розвиток психічних та поведінкових розладів;

4) міастенія (будь-що з наведеного):

підозра на міастенічний, холінергічний або змішаний криз;

швидке наростання генералізованої м'язової слабкості;

порушення ковтання або дихання;

потреба у внутрішньовенному імуноглобуліні (далі – ВВІГ);

з урахуванням Стандарту медичної допомоги «Міастенія Гравіс», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 грудня 2022 року № 2281;

5) синдром Гійєна-Барре (будь-що з наведеного):

прогресуючий тетрапарез;

вегетативні порушення;

дихальна недостатність;

необхідність ВВІГ або плазмаферезу;

з урахуванням Стандарту медичної допомоги «Діагностика та лікування синдрому Гійєна-Барре», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 червня 2023 року № 1130;

6) хронічна запальна демієлінізуюча поліорадикулонейропатія (будь-що з наведеного):

швидке прогресування симптомів;

потреба у ВВІГ, плазмаферезі, внутрішньовенних глюкокортикостероїдах, застосуванні біологічної терапії;

з урахуванням Стандартів медичної допомоги «Хронічна запальна демієлінізуюча поліорадикулонейропатія», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 лютого 2023 року № 338.

7) аутоімунні енцефаліти (будь-що з наведеного):

порушення свідомості, психічні та поведінкові розлади;

судоми, дискінезії;

необхідність інтенсивної імуносупресивної терапії (глюкокортикостероїди, ВВІГ, плазмаферез);

з урахуванням Стандарту медичної допомоги «Діагностика та лікування аутоімунних енцефалітів», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 березня 2024 року № 434;

8) первинний ангіїт ЦНС (будь-що з наведеного):

гострий або підгострий вогнищевий дефіцит;

з урахуванням Стандарту медичної допомоги «Діагностика та лікування первинного ангіїту центральної нервової системи», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 червня 2025 року № 979;

9) розсіяний склероз у дорослих (будь-що з наведеного):

тяжкий рецидив з функціонально значущим неврологічним дефіцитом, що потребує цілодобового нагляду або лікування в умовах стаціонару, зокрема

за наявності одного з таких станів: виражена слабкість з обмеженням самостійної ходи, або значущі стовбурові порушення з дисфагією, або ризиком аспірації, або тяжка атаксія, або гостре суттєве зниження зору, або гостра затримка сечі, що потребує катетеризації;

потреба у внутрішньовенній пульс-терапії глюкокортикостероїдами у зв'язку з тяжким рецидивом або неможливістю безпечного лікування в амбулаторних умовах;

стероїдорезистентний тяжкий рецидив, що потребує плазмаферезу;

підозра на інший невідкладний стан або ускладнення, що імітує рецидив та потребує стаціонарної діагностики і лікування, зокрема інфекційний процес з системними клінічними ознаками, порушення свідомості, судоми, швидке наростання неврологічного дефіциту;

тяжкі небажані реакції або ускладнення хворобо-модифікуючої терапії (далі – ХМТ), що потребують парентерального лікування або цілодобового моніторингу;

проведення внутрішньовенної ХМТ, якщо за інструкцією для медичного застосування лікарського засобу потрібен медичний нагляд та готовність до невідкладної допомоги;

з урахуванням Нового клінічного протоколу медичної допомоги «Розсіяний склероз у дорослих», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01 липня 2024 року № 1142.

Не є самостійною підставою для госпіталізації: легкий рецидив без значущого порушення повсякденної активності, або планова зміна ХМТ за відсутності ускладнень;

10) гострий розсіяний енцефаломієліт (будь-що з наведеного):

мультифокальний неврологічний дефіцит;

судоми;

необхідність ВВІГ або плазмаферезу;

необхідність проведення внутрішньовенної пульс-терапії глюкокортикостероїдами;

з урахуванням Стандарту медичної допомоги «Діагностика та лікування гострого розсіяного енцефаломієліту у дорослих та дітей», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23 травня 2024 року № 870;

11) спектр оптикомієліт-асоційованих розладів (будь-що з наведеного):

гострий неврологічний дефіцит, зумовлений демієлінізуючим ураженням ЦНС, у тому числі: гострий неврит зорового нерва; гострий поперечний мієліт; стовбурові або церебральні синдроми;

швидке прогресування симптомів або розвиток функціонально значущих порушень (рухових, зорових, чутливих, тазових);

підозра на NMOSD або MOG-асоційоване захворювання, що потребує стаціонарної диференційної діагностики з іншими демієлінізуючими, інфекційними або аутоімунними захворюваннями ЦНС;

необхідність проведення спеціалізованого лікування, зокрема пульс-терапії глюкокортикостероїдами, плазмаферезу, ВВІГ або іншої імуносупресивної терапії;

у разі необхідності проведення внутрішньовенної імунотерапії;

з урахуванням Стандарту медичної допомоги «Діагностика та лікування спектру оптикомієліт-асоційованих розладів», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22 серпня 2023 року № 1506.

12) гострий корінцевий синдром/радикулопатія з «червоними прапорцями» (будь-що з наведеного):

синдром «кінського хвоста» (затримка сечі/нетримання калу, анестезія «в сідлі»);

прогресуючий парез;

підозра на інфекційне пухлинне ураження або перелом хребта (гарячка, підвищені маркери запалення, імуносупресія);

рефрактерний біль ≥ 7 з 10 балів за ВАШ, що потребує безперервної парентеральної аналгезії понад 24 години із документованою неефективністю двох класів аналгетиків;

тяжке загострення хронічного болю з втратою функції;

13) хвороба Фабрі (будь-що з наведеного):

клінічна підозра на хворобу Фабрі у пацієнтів з раннім інсультом, транзиторною ішемічною атакою або лейкоенцефалопатією неясного генезу;

підтверджена хвороба Фабрі з прогресуючими неврологічними ознаками (центральні моторні або чутливі розлади, когнітивні порушення);

виражений нейропатичний біль, резистентний до амбулаторної терапії.

14) хвороба Вільсона (будь-що з наведеного):

підозра на хворобу Вільсона у пацієнтів з екстрапірамідними, мозочковими або психоневрологічними синдромами неясної етіології;

декомпенсація неврологічного стану або побічних ефектів хелатної терапії;

у разі прогресуванням неврологічних симптомів;

з урахуванням Уніфікованого клінічного протоколу первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Хвороба Вільсона», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26 липня 2016 року № 769;

15) рухові розлади (хвороба Паркінсона, прогресуючий супрануклеарний параліч, мультисистемна атрофія, деменція з тільцями Леві, кортикобазальна дегенерація) (будь-що з наведеного):

різке погіршення стану внаслідок тяжкої супутньої патології (гостра інфекція, метаболічні порушення, тяжка соматична патологія, після перенесених операцій або інших причин);

гострі психічні ускладнення, різке порушення поведінки, психічні порушення, що загрожують здоров'ю/життю пацієнта та/або оточуючих – госпіталізація у відділення інтенсивної терапії, або відділення інтенсивної терапії (далі – ВІТ) або ВІТ психіатричних стаціонарів;

порушення ковтання (ризик аспірації, неможливість перорального прийому лікарських засобів) – за наявності мультидисциплінарної реабілітаційної команди (в тому числі терапевта мови та мовлення);

раптове погіршення рівноваги з частими падіннями;

виражені вегетативні порушення (ортостатична гіпотензія з синкопе, різка лабільність АТ, затримка сечі, кишкова непрохідність) – стаціонарні відділення ЗОЗ (режим спостереження) з консультацією лікаря-хірурга/лікаря-уролога або госпіталізація за профілем ускладнення;

акінетичний криз;

злоякісний нейролептичний синдром;

синдром відміни агоністів дофамінових рецепторів;

у разі необхідності проведення «леводопного/апоморфінового тесту»;

у разі необхідності підбору/корекції лікування, якщо це не можливо зробити в амбулаторних умовах (наявність когнітивних розладів, відсутність родичів/опікунів, тяжка супутня патологія, при неефективності амбулаторної корекції терапії або побічних ефектах терапії);

наявності синдрому відміни глибинної стимуляції мозку або з метою корекції її роботи;

16) дистонії (будь-що з наведеного):

дистонія, що гостро виникла або швидкопрогресуюча генералізована дистонія;

різке погіршення генералізованої дистонії та/або підозра на розвиток дистонічного статусу - ВІТ;

порушення ковтання з високим ризиком аспірації або порушення дихання при фарингеальній/ларингеальній дистонії;

гостра дистонічна реакція внаслідок прийому лікарських засобів або ПАР;

у разі необхідності постановки або корекції роботи глибинного стимулятору мозку;

17) хвороба Гентингтона (будь-що з наведеного):

різке погіршення стану внаслідок тяжкої супутньої патології (гостра інфекція, метаболічні порушення, інша тяжка соматична патологія);

гострі психічні стани (суїцидальні думки, тяжкий психоз, делірій, виражені психічні та поведінкові розлади, що загрожують здоров'ю/життю пацієнта та/або оточуючих - ВІТ;

погіршення рівня свідомості (зокрема синкопальні стани), кахексія, порушення ковтання, дихальна недостатність - ВІТ;

гіперкінетичний криз;

у разі неефективності або у разі ускладнень терапії, що потребують цілодобового спостереження за пацієнтом;

18) спінальна м'язова атрофія (далі - СМА) (будь-що з наведеного):

погіршення моторних або дихальних функцій, що потребують цілодобового моніторингу у стаціонарних умовах.

підозра на СМА (прогресуюча м'язова слабкість, арефлексія, затримка моторного розвитку);

підтверджена СМА - для ініціації або корекції патогенетичної терапії (модулятори SMN2, генна терапія);

необхідність комплексного міждисциплінарного обстеження;

з урахуванням Стандарту медичної допомоги «Діагностика та лікування спінальної м'язової атрофії», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 квітня 2025 року № 648;

19) мітохондріальні захворювання з ураженням нервової системи (будь-що з наведеного):

гостре погіршення неврологічного стану (енцефалопатія, судоми, інсультоподібні епізоди).

підтверджений діагноз з прогресуючим або нестабільним неврологічним перебігом;

20) первинний головний біль (будь-що з наведеного):

а) гострий первинний головний біль із вперше виниклим або атиповим перебігом, що потребує стаціонарного спостереження та виключення вторинної патології (за наявності будь-якої з наведених ознак):

раптовий початок максимальної інтенсивності (“thunderclap headache”);

перший у житті сильний головний біль у пацієнта віком понад 50 років;

прогресуюче наростання інтенсивності або частоти болю протягом короткого періоду;

поєднання з гарячкою, менінгеальними знаками або порушенням свідомості;

необхідність термінової нейровізуалізації та динамічного неврологічного нагляду:

б) мігренозний статус;

в) кластерний головний біль або інший тригемінально-автономний цефалгічний синдром з тяжким перебігом (за наявності будь-якої з наведених ознак):

серійні напади з високою інтенсивністю болю (≥ 8 з 10 балів за ВАШ);

потреба у кисневій терапії високого потоку або парентеральному лікуванні;

відсутність ефекту від лікування в амбулаторних умовах;

значний дистрес або ризик суїцидальної поведінки, пов’язаної з больовим синдромом;

г) рефрактерний первинний головний біль (за наявності будь-якої з наведених ознак):

інтенсивність болю ≥7 з 10 балів за ВАШ, що триває понад 24 години;

документована неефективність щонайменше двох класів анальгетиків/протимігренозних засобів;

потреба у безперервній парентеральній аналгезії або комбінованій інфузійній терапії;

необхідність спостереження для оцінки відповіді на лікування та корекції терапії;

д) головний біль, асоційований із повторним блюванням, дегідратацією або метаболічними порушеннями (за наявності будь-якої з наведених ознак):

неможливість перорального прийому лікарських засобів;

клінічні або лабораторні ознаки дегідратації;

потреба в інфузійній терапії (регідратація, корекція метаболічних порушень);

є) первинний головний біль у пацієнтів з високим ризиком ускладнень (за наявності будь-якої з наведених ознак):

вагітність або післяпологовий період;

імуносупресія;

тяжкі супутні серцево-судинні або системні захворювання;

10. Онкогематологічні та післятрансплантаційні ургентні стани (в тому числі органні трансплантації) (будь-що з наведеного):

1) фебрильна нейтропенія;

2) синдром лізису пухлини;

3) післятрансплантаційні або імуносупресивні ускладнення (тяжка інфекція, реакція «трансплантат проти господаря» середнього/тяжкого ступеня, токсичність імуносупресантів, значущі метаболічні розлади, гемодинамічна нестабільність);

4) онкологічні ургентні стани (компресія спинного мозку, синдром верхньої порожнистої вени, обструктивна уропатія/жовтяниця, інфекції катетерів);

5) тромботичні мікроангіопатії (тромботична тромбоцитопенічна пурпура/атиповий гемолітико-уремічний синдром) з гемолітичною анемією, тромбоцитопенією та органною дисфункцією.

11. Метаболічні та ендокринні ургентні стани

1) цукровий діабет (будь-що з наведеного):

діабетичний кетоацидоз;

гіперосмолярний гіперглікемічний стан;

тяжка гіпоглікемія, що потребувала допомоги іншої особи;

гіперглікемія з дегідратацією, порушенням свідомості або кетозом, що не коригується в амбулаторних умовах;

вперше виявлений цукровий діабет з кетозом або підозрою на цукровий діабет 1 типу, коли безпечний початок інсулінотерапії та навчання неможливі в амбулаторних умовах;

повторні тяжкі гіпоглікемії або повторні епізоди гіперглікемії з кетозом попри корекцію в амбулаторних умовах;

інфекція стопи при цукровому діабеті тяжка або помірна за наявності периферичної артеріальної хвороби або потреби невідкладного хірургічного лікування;

з урахуванням Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Цукровий діабет 1 типу у дорослих», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26 січня 2023 року № 151; Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Цукровий діабет 2 типу у дорослих», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24 липня 2024 № 1300; Стандарти медичної допомоги «Цукровий діабет у дітей», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2023 року № 413;

2) патологія щитоподібної залози (будь-що з наведеного):

мікседематозна кома (тяжкий декомпенсований гіпотиреоз із порушенням свідомості та гіпотермією);

декомпенсований тиреотоксикоз або гіпотиреоз, який неможливо контролювати в амбулаторних умовах;

тиреотоксичний криз;

3) патологія надниркових залоз (будь-що з наведеного):

гостра надниркова недостатність (адреналовий криз);

тяжкі електролітні або кислотно-лужні порушення, що потребують внутрішньовенної корекції та частого контролю (у межах критеріїв, визначених у підпункті 3 пункту 2 розділу III цих Критеріїв);

4) інші ендокринні захворювання (будь-що з наведеного):

тяжкі форми дисфункції інших ендокринних органів (надниркових, прищитоподібних, тощо);

5) метаболічні порушення (будь-що з наведеного):

абстинентний синдром із делірієм, рефрактерними судомами, потребою у високих дозах бензодіазепінів і частому моніторингу;

рабдоміоліз із ознаками прогресування та ризиком гострого ураження нирок;

порушення терморегуляції (тепловий удар або тяжка гіпотермія) (будь-що з наведеного):

тепловий удар: гіпертермія з дисфункцією ЦНС, ознаки органної дисфункції та потреба в інтенсивній інфузійній/охолоджувальній терапії та безперервному моніторингу;

тяжка гіпотермія: температура тіла менше 32 °C або 32–35 °C у поєднанні з порушенням свідомості, аритміями, гіпотензією або іншими ознаками нестабільності, що потребують керованого зігрівання та безперервного нагляду.

12. Гострі ниркові та печінкові декомпенсації (будь-що з наведеного):

1) гостре ураження нирок із показаннями до невідкладної еферентної терапії (інтермітентний гемодіаліз або безперервні методи) через рефрактерну гіперкаліємію, тяжкий ацидоз, уремічні симптоми або рефрактерне перевантаження об’ємом;

2) гостра печінкова недостатність: коагулопатія (МНВ > 1,5) у поєднанні з печінковою енцефалопатією у пацієнта без раніше встановленого декомпенсованого цирозу печінки;

3) декомпенсація хронічної хвороби печінки з гепаторенальним синдромом, що потребує інтенсивної терапії;

4) печінкова енцефалопатія: ступінь не менше II за Вест-Гейвен або будь-який ступінь із загрозою аспірації, порушенням свідомості.

13. Судинні ургентні стани (будь-що з наведеного):

1) гострий аортальний синдром із підтвердженням за візуалізацією або типовою клінічною картиною, з потребою у невідкладному хірургічному, ендоваскулярному втручанні чи антиімпульсній терапії;

2) гостра мезентеріальна ішемія з лабораторними/візуалізаційними ознаками ішемії або перитонітом, шоком чи органною дисфункцією;

3) симптомна або розривна аневризма черевної аорти з показанням до екстреного втручання та протоколу масивної трансфузії.

14. Імунологічні та ревматологічні ургентні (кризові) стани (будь-що з наведеного):

1) первинні (генетичні) імунодефіцити з високим ризиком розвитку швидкопрогресуючих та мультисистемних ушкоджень з тяжкими

комбінованими часторецидивуючими інфекціями, поліавтоімунними, імунозапальними, імунопроліферативними ознаками/ускладненнями, що потребують підбору замісної імунобіологічної, застосування моноклональних антитіл, внутрішньовенної антибактеріальної терапії;

2) тяжкий швидкопрогресуючий та загрозливий для життя перебіг системних васкулітів, що супроводжуються розвитком ішемічних, некротичних і запальних змін у життєво важливих органах та системах, які потребують проведення пульс-терапії глюкокортикостероїдами, підбору імуносупресивних, імунобіологічних лікарських засобів;

3) тяжкий перебіг системних захворювань сполучної тканини, які належать до групи високого ризику розвитку автоімунних кризів з мультиорганними ураженнями, потребують проведення пульс-терапії глюкокортикостероїдами, підбору імуносупресивних, імунобіологічних та імуномодуюючих лікарських засобів;

4) ідіопатичні запальні міопатії (будь-що з наведеного):

швидко прогресуюча проксимальна м’язова слабкість;

дисфагія або дихальні розлади;

потреба в пульс-терапії глюкокортикостероїдами;

необхідність у ВВІГ або плазмаферезі;

з урахуванням галузевих стандартів медичної допомоги:

Стандарт медичної допомоги «Діагностика та лікування ідіопатичних запальних міопатій (міозитів)», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 07 лютого 2025 № 221;

Стандарт медичної допомоги «Загальний варіабельний імунодефіцит», затверджений наказом Міністерства охорони здоров’я України від 23.11.2023 № 1994;

Стандарти медичної допомоги «Спадковий ангіоневротичний набряк», затверджені наказом Міністерства охорони здоров’я України від 26.01.2023 № 159;

Стандарти медичної допомоги «Діагностика та лікування первинних імунодефіцитів», затверджені наказом Міністерства охорони здоров’я України від 31.12.2021 № 2952;

Стандарт медичної допомоги «Тяжкий комбінований імунодефіцит», затверджений наказом Міністерства охорони здоров’я України від 7 квітня 2025 № 607;

Стандарт медичної допомоги «Аксіальний спондилоартрит» затверджений наказом Міністерства охорони здоров’я України від 17 жовтня 2025 № 1582;

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Ревматоїдний артрит», затверджений наказом Міністерства охорони здоров’я України від 11 квітня 2014 року № 263;

Стандарт медичної допомоги «Ювенільний ревматоїдний (ідіопатичний) артрит у дітей», затверджений наказом Міністерства охорони здоров’я України від 6 березня 2026 року № 289.

15. Акушерські стани:

1) пологи, розродження та акушерські ускладнення за клінічними показаннями відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 26.01.2022 № 170, Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Кесарів розтин», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 05.01.2022 № 8;

2) акушерські ускладнення, що потребують госпіталізації (будь-що з наведеного):

гестаційна гіпертензія при АТ ≥160/110 мм рт. ст., помірна і тяжка прееклампсія, еклампсія, HELLP-синдром (поєднання гемолізу, підвищення активності печінкових ферментів, тромбоцитопенії), що потребують стаціонарного моніторингу, антигіпертензивної, протисудомної терапії та/або розродження з урахуванням Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 24.01.2022 № 151;

кровотеча під час вагітності, пологів або в післяпологовому періоді, у тому числі передлежання плаценти, підозра чи підтверджене передчасне відшарування плаценти, що потребують інтенсивної терапії та/або розродження;

передлежання плаценти без кровотечі у разі короткої шийки матки, підозри на інвазивну плацентацію, віддаленості від закладу охорони здоров'я, що надає акушерську допомогу;

передчасний розрив плідних оболонок, імовірний/підтверджений хоріоамніоніт, що потребують парентеральної антибактеріальної терапії, моніторингу стану матері й плода та вирішення питання про терміни розродження з урахуванням Стандарту медичної допомоги «Передчасний розрив плідних оболонок», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 25.08.2023 № 1533;

ознаки дистресу плода за наявності показань до оперативного розродження;

доношена вагітність із тазовим передлежанням плода, коли показано оперативне розродження;

інфекційні, тромбоемболічні чи інші серйозні ускладнення, що потребують парентеральної терапії, інтенсивного моніторингу, розродження або хірургічного втручання;

надмірне блювання під час вагітності з оцінкою ступеня тяжкості нудоти та блювання вагітних (PUQE-24) ≥ 13 балів, із зниженням маси тіла ≥10%, електролітними порушеннями чи дегідратацією, що вимагає парентеральної регідратації, корекції метаболічних порушень та протиблювотної терапії в умовах стаціонару з урахуванням Стандарту медичної допомоги «Нудота і блювання під час вагітності. Надмірне блювання вагітних», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 17.04.2025 № 667;

3) інфекції молочної залози, пов’язані із дітонародженням (абсцес, мастит);

4) підозра на ектопічну вагітність, у тому числі із гемодинамічною нестабільністю, ознаками розриву або іншими показаннями до стаціонарного лікування

з урахуванням Стандартів медичної допомоги «Ектопічна вагітність», затверджених наказом Міністерства охорони здоров’я України від 24.09.2022 № 1730;

5) загрозливе невиношування/кровотеча в ранні терміни вагітності:

гемодинамічна нестабільність;

значуща крововтрата або гостра постгеморагічна анемія;

спонтанний аборт, неуточнений аборт, інші види аборту та його ускладнення;

міхуровий занос;

завмерла вагітність;

з урахуванням Стандарту медичної допомоги «Спонтанний викидень (спонтанний аборт)», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08 вересня 2025 року № 1400, Стандарту медичної допомоги «Медичний аборт (I триместр вагітності)», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 04 серпня 2023 року № 1401, Стандарту медичної допомоги «Медичний аборт (у терміні від 12 до 22 тижнів)», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01 лютого 2024 року № 170;

6) хибні перейми та передчасні пологи: ознаки загрози передчасних пологів (зміни шийки матки, регулярні болючі перейми, вилив навколоплідних вод, підозра на інфекцію, кровотеча) або потрібна терапія й моніторинг стану матері та плода, які недоступні в амбулаторних умовах;

7) визначення антитіл до еритроцитів за системою Резус та інші форми ізоімунізації за наявності показань до моніторингу стану плода в стаціонарі та/або розродження;

8) затримка росту плода за наявності показань до моніторингу стану плода в стаціонарі та/або розродження з урахуванням Стандарту медичної допомоги «Затримка росту плода», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02.10.2023 № 1718;

9) переношена вагітність,

10) внутрішньоутробна загибель плода,

11) ускладнення, характерні для багатоплідної вагітності, за наявності показань до моніторингу стану плода, лікувальних втручань та/або розродження з урахуванням Порядку надання медичної допомоги жінкам з багатоплідною вагітністю, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08.04.2015 № 205, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 6 травня 2015 року за № 501/26946.

16. Гінекологічні стани:

1) запальні захворювання органів малого таза (будь-що з наведеного):

тубооваріальний або тазовий абсцес;

вагітність у поєднанні із запальним захворюванням органів малого таза;

тяжкий перебіг із температурою тіла ≥ 38,5 °C, нудотою/блюванням або вираженим больовим синдромом

з урахуванням Стандартів медичної допомоги «Запальні захворювання органів малого таза», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.05.2023 № 928;

2) перекрут придатків матки (будь-що з наведеного):

гострий однобічний тазовий біль із ознаками подразнення очеревини або рефрактерним болем, що потребує парентеральної аналгезії; блювання;

ознаки за візуалізацією (збільшений яєчник/кістозне утворення, порушення кровоплину) за збереженні високої клінічної підозри;

необхідність ургентної діагностичної/лікувальної лапароскопії для збереження яєчника;

3) розрив/геморагічна кіста яєчника (будь-що з наведеного):

гемодинамічна нестабільність або ознаки гемоперитонеуму за візуалізацією;

гостра постгеморагічна анемія/потреба у трансфузії або триваюча внутрішня кровотеча;

діагностична невизначеність із підозрою на іншу ургентну патологію;

4) гостра аномальна маткова кровотеча (невагітні), післяменопаузна кровотеча (будь-що з наведеного):

гемодинамічна нестабільність або потреба у масивній/ургентній інфузійно-трансфузійній терапії;

підозра на коагулопатію чи структурну патологію матки, що потребує діагностики/гемостазу в умовах стаціонару;

5) ускладнення після гінекологічних втручань (будь-що з наведеного):

післяопераційна кровотеча з гемодинамічною нестабільністю/потребою у трансфузії;

підозра на пошкодження органів (кишківник, сечовід/сечовий міхур): ознаки подразнення очеревини, анурія/олігурія, макрогематурія;

післяопераційна інфекція з температурою тіла ≥ 38,0 °С та системними ознаками/потребою у парентеральній антибактеріальній терапії;

підозра на внутрішню кровотечу/абсцес, що потребують ургентного дренування/ревізії;

свищ (нориця) статевих органів у жінок;

6) синдром гіперстимуляції яєчників середнього/тяжкого ступеня (будь-що з наведеного):

клінічно значущий асцит і/або гідроторакс за візуалізацією;

ознаки гемоконцентрації (гематокрит понад 45%) та/або електролітні порушення;

олігурія або зростання концентрації креатиніну;

прогресуюча задишка, ознаки дихальної недостатності;

швидке збільшення маси тіла/абдомінальний біль, венозний тромбоемболізм із потребою у парентеральній терапії;

7) ішемія та некроз вузла лейоміоми матки, перекручування ніжки вузла, пролапс субмукозної лейоміоми через шийку матки, компресійні симптоми

з урахуванням Стандартів медичної допомоги «Лейоміома матки», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.01.2023 № 147,

8) доброякісна та передракова патологія жіночих статевих органів, що потребує хірургічного лікування в умовах стаціонару

з урахуванням Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіперплазія ендометрія», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.05.2021 № 869, Стандарту медичної допомоги «Скринінг раку шийки матки. Ведення пацієнток з аномальними результатами скринінгу та передраковими станами шийки матки», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.06.2024 № 1057.

17. Розлади психіки та поведінки

Госпіталізація та надання медичної допомоги здійснюється з урахуванням вимог Законів України «Про психіатричну допомогу», «Про охорону дитинства», Порядку надання психіатричної допомоги в стаціонарних умовах, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 7 грудня 2023 року № 2085, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 25 січня 2024 року за № 122/41467.

Психічні розлади у стадії загострення або кризовий психічний стан, що потребують цілодобового нагляду та лікування в умовах стаціонару (будь-що з наведеного):

високим ризиком самоушкодження/суїциду/ спроби суїциду;

високим ризиком заподіяння значної шкоди іншим;

втратою критики, небезпечною поведінкою або нездатністю забезпечити власну безпеку;

імперативними галюцинаціями з ризиком небезпечних дій;

маячненням з небезпечною поведінкою або істотним порушенням функціонування, що унеможливлює безпечне ведення в амбулаторних умовах;

агресивною або імпульсивною поведінкою з неможливістю її контролю поза стаціонаром;

втратою контролю над поведінкою та критики до свого стану на тлі психотичних симптомів або інтоксикації, що унеможливлює безпечне ведення пацієнта в амбулаторних умовах;

вираженою відмовою від їжі, рідини або лікування з ризиком соматичних ускладнень;

вираженою дезорганізацією поведінки, що унеможливлює обстеження і лікування поза стаціонаром;

відсутністю ефекту від невідкладних заходів в амбулаторних умовах;

потребою в стаціонарному моніторингу під час ініціювання або зміни психофармакотерапії через ризик гострих ускладнень або необхідність парентерального введення лікарських засобів, або неможливість забезпечити прийом лікарських засобів поза стаціонаром;

підозрою на тяжкі небажані реакції психотропних лікарських засобів, що потребують невідкладної медичної допомоги та цілодобового моніторингу;

похилий вік або вагітність за наявності наведених критеріїв та потреби медичного моніторингу соматичного стану;

особливості перебігу, що потребують стаціонарного спостереження (швидко прогресуючий перебіг, часті загострення, супутня патологія, відсутність відповіді на терапію, попередні неуспішні спроби лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин в амбулаторних умовах).

Показання при різних формах патології:

1) органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади (F00-F09) (будь-що з наведеного): повторні судомні напади, що супроводжуються потьмаренням свідомості; епілептична дисфорія; патологічні зміни особистості з дезадаптацією; іктальні, постіктальні та інтеріктальні психози;

2) психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин (далі - ПАР) (F10-F19) (будь-що з наведеного): делірій та інші порушення свідомості; судоми; тяжка інтоксикація ПАР або тяжкий абстинентний стан з ризиком медичних ускладнень; наявність в анамнезі епілепсії, судомних нападів чи делірію; психомоторне збудження, яке не контролюється в амбулаторних умовах; соматичні розлади (дихання, серцево-

судинної системи, синкопальні стани та інші); маячення, галюцинації, гостра дезорганізація поведінки; когнітивні порушення, які суттєво обмежують здатність критичної оцінки свого стану та виконання призначень лікаря; безперервне вживання алкоголю тривалістю понад 5 діб;

3) шизофренія, шизотипові та маячні розлади (F20-F29) (будь-що з наведеного): розгорнуте маячення (параноїдне, парафренне та інші); виражені галюцинації (зорові, слухові та інші); затьмарення свідомості; кататонічні розлади (ступор, збудження); гебефренічна поведінка;

4) афективні розлади (розлади настрою) (F30-F39) (будь-що з наведеного): тяжкі депресивні епізоди з вітальною тугою; тривала інсомнія; маніакальні епізоди з вираженими психотичними симптомами (маячні ідеї величі, переоцінки власної особистості, реформаторства); відсутність критики до стану та поведінки;

5) невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-F48) (будь-що з наведеного): панічні атаки, які не контролюються амбулаторно; дисоціативній ступор; тривале безсоння; дереалізація, деперсоналізація; вторинні психотичні феномени; часті нав’язливі спогади та кошмари травматичного ґенезу; зниження здатності відчувати позитивні емоції, відчуття провини; компульсивні нав’язливі ритуали, що потребують діагностичного моніторингу;

6) поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними чинниками (F50-F59) (будь-що з наведеного): психічні та поведінкові розлади, що супроводжуються швидкою втратою (збільшенням) ІМТ, електролітними та серцево-судинними порушеннями, ознаками дегідратації та токсичними ураженнями (печінка, нирки);

7) розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих (F60-F69) (будь-що з наведеного): тяжка дисфорія, афективне збудження; виражена поведінкова дезорганізація;

з урахуванням галузевих стандартів медичної допомоги:

Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Епілепсії у дорослих», затверджений наказом Міністерства охорони здоров’я України від 17.04.2014 № 276;

Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Епілепсії у дітей», затверджений наказом Міністерства охорони здоров’я України від 17.04.2014 № 276;

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.12.2014 № 1003;

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Розлади аутистичного спектра (розлади загального розвитку)», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15.06.2015 № 341;

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гендерна дисфорія», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15.09.2016 № 972;

Новий клінічний протокол медичної допомоги «Ігрова залежність (лудоманія)», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.07.2024 № 1201;

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.07.2024 № 1265;

Стандарт медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13.01.2025 № 84;

Стандарт медичної допомоги «Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 11.07.2025 № 1102;

Стандарт медичної допомоги «Деменції та легкі когнітивні розлади», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03.11.2025 № 1663;

Стандарт медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16.12.2025 № 1897;

Стандарт медичної допомоги «Суїцидальна поведінка», затверджений наказом Міністерства охорони здоров’я України від 24 квітня 2026 року № 546.

18. Особливо небезпечні та небезпечні інфекційні хвороби

Госпіталізація та надання медичної допомоги пацієнтам з інфекційними захворюваннями здійснюється з дотриманням вимог Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб».

Будь-що з наведеного:

1) захворювання, що включено до Переліку особливо небезпечних та небезпечних інфекційних хвороб, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 09 жовтня 2024 року № 1724;

2) наявність клінічних та епідеміологічних ознак захворювання з вищезазначеного Переліку, що вимагають негайної ізоляції до отримання остаточного лабораторного підтвердження;

3) неможливість забезпечити адекватну ізоляцію та протиепідемічний режим в амбулаторних умовах;

4) прогресування симптомів, погіршення стану пацієнта або відсутність ефекту при лікуванні в амбулаторних умовах протягом 24-72 годин;

5) інфекційне захворювання має високий ризик швидкого прогресування (менінгококова інфекція, ботулізм, дифтерія та інші);

6) підозра на емерджентне захворювання з потребою ізоляції або цілодобового спостереження, що неможливо в амбулаторних умовах;

7) незалежно від тяжкості перебігу (будь-що з наведеного):

новонароджені з підозрою на інфекційне захворювання;

недоношені діти;

діти віком до 3 місяців із гарячкою невідомого генезу;

діти та дорослі з дефіцитом маси тіла;

особи старше 65 років з інфекційними захворюваннями та ознаками функціональної нестабільності;

пацієнти після трансплантації, які отримують біологічну терапію;

пацієнти із супутніми хронічними захворюваннями: первинні імунодефіцитні захворювання та вторинні імунодефіцитні порушення (в тому числі, ВІЛ-інфекція, онкологічні захворювання, імуносупресивна та

біологічна терапія); тяжкі хронічні захворюваннями серця, легень, нирок, печінки; цукровий діабет 2 типу у стадії декомпенсації;

8) менінгіти та енцефаліти (інфекційні ураження ЦНС) (будь-що з наведеного):

невідкладна госпіталізація обов'язкова при підозрі або встановленому діагнозі менінгіту чи енцефаліту незалежно від етіології;

9) необхідність розміщення пацієнта в ізоляційній палаті (боксі) з від'ємним тиском повітря та застосування посиленого протиепідемічного режиму у зв'язку із захворюванням, що передається повітряно-крапельним або повітряно-пиловим шляхом у період заразності (зокрема туберкульоз, кір, вітряна віспа та інші інфекційні хвороби, для яких відповідно до санітарно-епідеміологічних норм передбачена ізоляція в боксованих палатах).

10) неможливість забезпечити безпечну ізоляцію та належний клінічний нагляд поза стаціонаром (у домашніх умовах чи закладах тривалого догляду) відповідно до вимог інфекційного контролю, з урахуванням житлових, соціальних і санітарних умов пацієнта;

з урахуванням:

Стандарту медичної допомоги «Хвороба Лайма», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 вересня 2024 року № 1623;

наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 березня 2020 року № 722 «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)» (зі змінами);

Протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02 квітня 2020 року № 762 (зі змінами);

Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Грип», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25 червня 2026 року № 870.

19. Паліативна допомога

Паліативна допомога надається пацієнтам, що відповідають Критеріям визначення пацієнта, який потребує паліативної допомоги або Критеріям визначення пацієнта дитячого віку, який потребує паліативної допомоги відповідно до Порядку надання паліативної допомоги, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 04 червня 2020 року № 1308,

зареєстрованим наказом Міністерства юстиції України 01 липня 2020 року за № 609/34892.

20. Реабілітаційна допомога

Пацієнту надається реабілітаційна допомога високого обсягу відповідно до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 року № 1268.

V. Соціальні показання до госпіталізації

Соціальне показання до госпіталізації – соціальна обставина, що створює ризик неефективності лікування в амбулаторних умовах або завдання шкоди пацієнтові і не може бути усунута протягом 24–48 годин за участі соціальних служб.

1. Госпіталізація за соціальними показаннями здійснюється з дотриманням таких принципів:

презумпція можливості амбулаторного лікування та мінімальний рівень допомоги, який є безпечним для пацієнта;

пріоритет застосування альтернатив госпіталізації (режим спостереження, денний стаціонар, амбулаторне парентеральне лікування, соціальні послуги тощо);

тимчасовий характер рішення (проміжна міра) з переглядом не рідше ніж кожні 24 години. Рішення про госпіталізацію за соціальними показаннями підлягає повторній оцінці не пізніше ніж через 24 години із фіксацією в первинній медичній документації. Продовження понад 48 години допускається лише за умови документального підтвердження невиконання критично необхідних заходів підтримки з незалежних від ЗОЗ причин та з повторним погодженням відповідальною особою і винесенням на щоденний моніторинг доцільності госпіталізацій того ж дня;

верифікація рішень через погодження та моніторинг доцільності госпіталізацій. Кожен випадок госпіталізації за соціальними показаннями підлягає обов'язковому подвійному погодженню: лікуючий лікар та завідувач відділення та/або черговий лікар приймального відділення.

Залучення представників соціальної служби. Підтвердження контакту та участі фахівця фіксується в первинній медичній документації. Погодження здійснюється не пізніше 2 годин від ухвалення рішення про госпіталізацію за соціальними показаннями. У неробочий час (ніч, вихідні та святкові дні), коли

участь представника соціальної служби об'єктивно недосяжна у цей строк, відповідне обґрунтування фіксується в первинній медичній документації та не перешкоджає тимчасовій госпіталізації за соціальними показаннями з подальшим погодженням у найближчий робочий час.

Щоденний моніторинг доцільності госпіталізацій перевіряє 100% випадків госпіталізацій за соціальними показаннями. Моніторинг здійснюється безперервно та охоплює всі випадки стаціонарного лікування, включаючи госпіталізації за соціальними показаннями. Керівник ЗОЗ забезпечує функціонування моніторингу та проведення аудиту (наприклад, щорічно), призначає відповідальних осіб.

2. Загальні передумови застосування (обов’язкові усі одночасно):

1) клінічна стабільність, відсутні позитивні клінічні критерії госпіталізації згідно з відповідними розділами цих Критеріїв.

2) вичерпані альтернативи, документально розглянуті і, за можливості, апробовані (із фіксацією результату): денний стаціонар, амбулаторне парентеральне лікування, залучення соціальних служб тощо.

3) конкретизований ризик, у первинній медичній документації наведено чіткий опис, чому саме амбулаторна модель у найближчі 24–48 годин є небезпечною чи неможливою.

4) рішення погоджується з черговим лікарем або завідувачем відділення або медичним директором.

3. Перелік соціальних показань (будь-який із наведених):

відсутність безпечного житла (бездомність; непридатність житла: відсутність тепла, електроенергії, води, зв’язку; обґрунтований ризик насильства), що не може бути усунено спільно з соціальними службами впродовж 24–48 годин;

нездатність до самообслуговування через виражені когнітивні порушення (деменція, делірій) за відсутності законного представника і неможливості терміново організувати нагляд;

нездатність виконувати базові дії повсякденного життя (пересування, харчування, туалет, гігієна) та відсутність доступної допомоги протягом 24–48 годин попри залучення соціальних служб;

неможливість безпечно проводити моніторинг лікування підвищеного ризику (антикоагулянти, інсулін, кисень, парентеральні лікарські засоби) та/або відсутність навченої особи, коли навчання чи патронаж неможливо забезпечити терміново;

недосяжність раннього клінічного контролю (24–48 годин) через відстань, транспорт, зв’язок при станах, де контроль є обов’язковим (зокрема, пневмонія, легкі загострення хронічного обструктивного захворювання легень, бронхіальної астми, педіатричні гострі респіраторні інфекції, бронхіоліт);

неможливість швидко забезпечити необхідне обладнання чи послуги вдома (концентратор кисню, функціональне ліжко/підйомник, щоденні перев’язки/ін’єкції) за участі відповідних служб;

низька спроможність батьків чи законних представників до безпечного догляду або відсутність впевненості у розпізнаванні «червоних прапорців» (зокрема при бронхіоліті й гарячці немовлят);

підозра, що особа, у тому числі дитина, постраждала від насильства – тимчасова госпіталізація до узгодження із соціальними службами;

відсутність доступу до первинної медичної допомоги чи соціальної служби у прийнятний час (ніч, вихідні), якщо без цього прогнозовано високий ризик зриву лікування.

Перелік джерел та нормативно-правових актів, використаних при підготовці

1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров’я».

2. Закон України «Про психіатричну допомогу».

3. Закон України «Про охорону дитинства».

4. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб».

5. Закон України «Про екстрену медичну допомогу».

6. Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству».

7. Постанова Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 року № 1268 «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров’я».

8. Постанова Кабінету Міністрів України від 14 січня 2026 року № 64 «Деякі питання організації надання соціальних послуг».

9. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 30 вересня 2013 року № 838 «Про систему комбустіологічної допомоги в Україні», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 26 листопада 2013 року за № 2026/24558.

10. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 8 квітня 2015 року № 205 «Про затвердження Порядку надання медичної допомоги жінкам з багатоплідною вагітністю», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 6 травня 2015 року за № 501/26946.

11. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 9 листопада 2020 року № 2559 «Про деякі питання удосконалення роботи відділень анестезіології та

інтенсивної терапії закладів охорони здоров'я», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 18 грудня 2020 року за № 1259/35542.

12. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 4 червня 2020 року № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 1 липня 2020 року за № 609/34892.

13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 7 грудня 2023 року № 2085 «Про затвердження Порядку надання психіатричної допомоги в стаціонарних умовах», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 25 січня 2024 року за 122/41467.

14. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 9 жовтня 2024 року № 1724 «Про затвердження Переліку особливо небезпечних, небезпечних інфекційних хвороб».

15. Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., Mcintyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G., Levy, M. (2021). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. Critical Care Medicine, 49(11), e1063–e1143. https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000005337.

16. Majumdar, S. R., Eurich, D. T., Gamble, J., Senthilselvan, A., & Marrie, T. J. (2010). Oxygen Saturations Less than 92% Are Associated with Major Adverse Events in Outpatients with Pneumonia: A Population-Based Cohort Study. Clinical Infectious Diseases, 52(3), 325–331. https://doi.org/10.1093/cid/ciq076.

17. Davidson, A. C., Banham, S., Elliott, M., Kennedy, D., Gelder, C., Glossop, A., Church, A. C., Creagh-Brown, B., Dodd, J. W., Felton, T., Foëx, B., Mansfield, L., McDonnell, L., Parker, R., Patterson, C. M., Sovani, M., & Thomas, L. (2016). BTS/ICS guideline for the ventilatory management of acute hypercapnic respiratory failure in adults. Thorax, 71(Suppl 2), ii1–ii35. https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2015-208209.

18. Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party. London: RCP; 2017.

19. Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., Bellomo, R., Bernard, G. R., Chiche, J., Coopersmith, C. M., Hotchkiss, R. S., Levy, M. M., Marshall, J. C., Martin, G. S., Opal, S. M., Rubenfeld, G. D., Van Der Poll, T., Vincent, J., & Angus, D. C. (2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (SEpsis-3). JAMA, 315(8), 801. https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287.

20. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Acute Kidney Injury Work Group. KDIGO clinical practice guideline for acute kidney injury. Kidney Int Suppl. 2012 Mar;2(1):1-138.

21. Spasovski, G., Vanholder, R., Allolio, B., Annane, D., Ball, S., Bichet, D., Decaux, G., Fenske, W., Hoorn, E. J., Ichai, C., Joannidis, M., Soupart, A., Zietse, R., Haller, M., Van Der Veer, S., Van Biesen, W., & Nagler, E. (2014). Clinical practice guideline on diagnosis and treatment of hyponatraemia. European Journal of Endocrinology, 170(3), G1–G47. https://doi.org/10.1530/eje-13-1020.

22. Lindner, G., & Funk, G. (2012). Hypernatremia in critically ill patients. Journal of Critical Care, 28(2), 216.e11-216.e20. https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2012.05.001.

23. Clase, C. M., Carrero, J., Ellison, D. H., Grams, M. E., Hemmelgarn, B. R., Jardine, M. J., Kovesdy, C. P., Kline, G. A., Lindner, G., Obrador, G. T., Palmer, B. F., Cheung, M., Wheeler, D. C., Winkelmayer, W. C., Pecoits-Filho, R., Ashuntantang, G. E., Bakker, S. J., Bakris, G. L., Bhandari, S., Wingo, C. S. (2019). Potassium homeostasis and management of dyskalemia in kidney diseases: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. Kidney International, 97(1), 42–61. https://doi.org/10.1016/j.kint.2019.09.018.

24. Jung, B., Rimmele, T., Goff, C. L., Chanques, G., Corne, P., Jonquet, O., Muller, L., Lefrant, J., Guervilly, C., Papazian, L., Allaouchiche, B., & Jaber, S. (2011). Severe metabolic or mixed acidemia on intensive care unit admission: incidence, prognosis and administration of buffer therapy. a prospective, multiple-center study. Critical Care, 15(5), R238. https://doi.org/10.1186/cc10487.

25. Do, C., Vasquez, P. C., & Soleimani, M. (2022). Metabolic Alkalosis Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment: Core Curriculum 2022. American Journal of Kidney Diseases, 80(4), 536–551. https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2021.12.016.

26. Umpierrez, G. E., Davis, G. M., ElSayed, N. A., Fadini, G. P., Galindo, R. J., Hirsch, I. B., Klonoff, D. C., McCoy, R. G., Misra, S., Gabbay, R. A., Bannuru, R. R., & Dhatariya, K. K. (2024). Hyperglycemic crises in adults with Diabetes: a consensus report. Diabetes Care, 47(8), 1257–1275. https://doi.org/10.2337/dci24-0032.

27. Carroll, M. F., & Schade, D. S. (2003). A practical approach to hypercalcemia. PubMed, 67(9), 1959–1966. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12751658.

28. Worcestershire Acute Hospitals NHS Trust. Guideline for acute treatment of hypomagnesaemia in adults. Version 7, 2024. https://apps.worcsacute.nhs.uk/KeyDocumentPortal/Home/DownloadFile/1559.

29. Mustafa, O. G., Haq, M., Dashora, U., Castro, E., & Dhatariya, K. K. (2022). Management of Hyperosmolar Hyperglycaemic State (HHS) in Adults: An updated guideline from the Joint British Diabetes Societies (JBDS) for Inpatient Care Group. Diabetic Medicine, 40(3), e15005. https://doi.org/10.1111/dme.15005.

30. ElSayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V. R., Bannuru, R. R., Brown, F. M., Bruemmer, D., Collins, B. S., Hilliard, M. E., Isaacs, D., Johnson, E. L., Kahan, S., Khunti, K., Leon, J., Lyons, S. K., Perry, M. L., Prahalad, P., Pratley, R. E., Seley, J. J., Stanton, R. C., & Gabbay, R. A. (2022). 6. Glycemic Targets: Standards of Care in Diabetes – 2023. Diabetes Care, 46(Supplement_1), S97–S110. https://doi.org/10.2337/dc23-s006

31. Panchal, A. R., Bartos, J. A., Cabañas, J. G., Donnino, M. W., Drennan, I. R., Hirsch, K. G., Kudenchuk, P. J., Kurz, M. C., Lavonas, E. J., Morley, P. T., O'Neil, B. J., Peberdy, M. A., Rittenberger, J. C., Rodriguez, A. J., Sawyer, K. N., Berg, K. M., Arafeh, J., Benoit, J. L., Chase, M., Magid, D. J. (2020). Part 3: Adult Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation, 142(16_suppl_2). https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000916.

32. Brugada, J., Katritsis, D. G., Arbelo, E., Arribas, F., Bax, J. J., Blomström-Lundqvist, C., Calkins, H., Corrado, D., Deftereos, S. G., Diller, G., Gomez-Doblas, J. J., Gorenek, B., Grace, A., Ho, S. Y., Kaski, J., Kuck, K., Lambiase, P. D., Sacher, F., Sarquella-Brugada, G., Touyz, R. M. (2019). 2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia The Task Force for the management of patients with supraventricular tachycardia of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal, 41(5), 655–720. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz467.

33. Kusumoto, F. M., Schoenfeld, M. H., Barrett, C., Edgerton, J. R., Ellenbogen, K. A., Gold, M. R., Goldschlager, N. F., Hamilton, R. M., Joglar, J. A., Kim, R. J., Lee, R., Marine, J. E., McLeod, C. J., Oken, K. R., Patton, K. K., Pellegrini, C. N., Selzman, K. A., Thompson, A., & Varosy, P. D. (2018). 2018 ACC/AHA/HRS Guideline on the Evaluation and Management of Patients with Bradycardia and Cardiac Conduction Delay. Journal of the American College of Cardiology, 74(7), e51–e156. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.10.044.

34. Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B. M., Hoh, B., Jauch, E. C., Kidwell, C. S., Leslie-Mazwi, T. M., Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth, K. N., Southerland, A. M., Summers, D. V., & Tirschwell, D. L. (2018). 2018 Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 49(3). https://doi.org/10.1161/str.0000000000000158.

35. NICE. (2022, April 27). Overview | Epilepsies in children, young people and adults | Guidance | NICE. https://www.nice.org.uk/guidance/ng217.

36. NICE. (2019, May 1). Overview | Suspected neurological conditions: recognition and referral | Guidance | NICE. https://www.nice.org.uk/guidance/ng127.

37. Hachimi-Idrissi, S., Dobias, V., Hautz, W. E., Leach, R., Sauter, T. C., Sforzi, I., & Coffey, F. (2020). Approaching acute pain in emergency settings; European Society for Emergency Medicine (EUSEM) guidelines – part 2: management and recommendations. Internal and Emergency Medicine, 15(7), 1141–1155. https://doi.org/10.1007/s11739-020-02411-2.

38. Anderson, W. D., & Strayer, S. M. (2013). Evaluation of nausea and vomiting: a case-based approach. PubMed, 88(6), 371–379. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24134044.

39. Laine, L., & Jensen, D. M. (2012). Management of patients with ulcer bleeding. The American Journal of Gastroenterology, 107(3), 345–360. https://doi.org/10.1038/ajg.2011.480.

40. Cardona, V., Ansotegui, I. J., Ebisawa, M., El-Gamal, Y., Rivas, M. F., Fineman, S., Geller, M., Gonzalez-Estrada, A., Greenberger, P. A., Borges, M. S., Senna, G., Sheikh, A., Tanno, L. K., Thong, B. Y., Turner, P. J., & Worm, M. (2020). World Allergy Organization Anaphylaxis Guidance 2020. World Allergy Organization Journal, 13(10), 100472. https://doi.org/10.1016/j.waojou.2020.100472

41. Sartelli, M., Chichom-Mefire, A., Labricciosa, F. M., Hardcastle, T., Abu-Zidan, F. M., Adesunkanmi, A. K., Ansaloni, L., Bala, M., Balogh, Z. J., Beltrán, M. A., Ben-Ishay, O., Biffl, W. L., Birindelli, A., Cainzos, M. A., Catalini, G., Ceresoli, M., Jusoh, A. C., Chiara, O., Coccolini, F., Catena, F. (2017). The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections. World Journal of Emergency Surgery, 12(1), 29. https://doi.org/10.1186/s13017-017-0141-6

42. Björck, M., Earnshaw, J. J., Acosta, S., Gonçalves, F. B., Cochennec, F., Debus, E., Hinchliffe, R., Jongkind, V., Koelemay, M. J., Menyhei, G., Svetlikov, A. V., Tshomba, Y., Van Den Berg, J. C., Committee, N. E. G., De Borst, G. J., Chakfé, N., Kakkos, S. K., Koncar, I., Lindholt, J. S., Rai, K. (2019). Editor's choice – European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2020 Clinical Practice Guidelines on the Management of Acute Limb Ischaemia. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 59(2), 173–218. https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2019.09.006

43. Guidelines for field triage of injured patients: recommendations of the National Expert Panel on Field Triage, 2011. (2012, January 13). PubMed. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22237112/

44. Carson, J. L., Guyatt, G., Heddle, N. M., Grossman, B. J., Cohn, C. S., Fung, M. K., Gernsheimer, T., Holcomb, J. B., Kaplan, L. J., Katz, L. M., Peterson, N., Ramsey, G., Rao, S. V., Roback, J. D., Shander, A., & Tobian, A. a. R. (2016). Clinical practice guidelines from the AABB. JAMA, 316(19), 2025. https://doi.org/10.1001/jama.2016.9185.

45. Burn Patient Referral Guidelines | ABA Burn Care. (n.d.). https://www.ameriburn.org/burn-care-team/resources/guidelines-for-burn-patient-referral.

46. Boyle, J. S., Bechtel, L. K., & Holstege, C. P. (2009). Management of the critically poisoned patient. Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine, 17(1), 29. https://doi.org/10.1186/1757-7241-17-29.

47. O'Driscoll, B. R., Howard, L. S., Earis, J., & Mak, V. (2017). BTS guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings. Thorax, 72 (Suppl 1), ii1–ii90. https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2016-209729.

48. Oczkowski, S., Ergan, B., Bos, L., Chatwin, M., Ferrer, M., Gregoretti, C., Heunks, L., Frat, J., Longhini, F., Nava, S., Navalesi, P., Uğurlu, A. O., Pisani, L., Renda,

T., Thille, A. W., Winck, J. C., Windisch, W., Tonia, T., Boyd, J., Scala, R. (2021). ERS clinical practice guidelines: high-flow nasal cannula in acute respiratory failure. European Respiratory Journal, 59(4), 2101574. https://doi.org/10.1183/13993003.01574-2021.

49. Rochwerg, B., Brochard, L., Elliott, M. W., Hess, D., Hill, N. S., Nava, S., Navalesi, P., Antonelli, M., Brozek, J., Conti, G., Ferrer, M., Guntupalli, K., Jaber, S., Keenan, S., Mancebo, J., Mehta, S., & Raoof, S. (2017). Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure. European Respiratory Journal, 50(2), 1602426. https://doi.org/10.1183/13993003.02426-2016.

50. Nates, J. L., Nunnally, M., Kleinpell, R., Blosser, S., Goldner, J., Birriel, B., Fowler, C. S., Byrum, D., Miles, W. S., Bailey, H., & Sprung, C. L. (2016). ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A framework to enhance clinical operations, development of institutional policies, and further research. Critical Care Medicine, 44(8), 1553–1602. https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000001856.

51. Norris, A. H., Shrestha, N. K., Allison, G. M., Keller, S. C., Bhavan, K. P., Zurlo, J. J., Hersh, A. L., Gorski, L. A., Bosso, J. A., Rathore, M. H., Arrieta, A., Petrak, R. M., Shah, A., Brown, R. B., Knight, S. L., & Umscheid, C. A. (2018). 2018 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline for the Management of Outpatient Parenteral Antimicrobial TherapyA. Clinical Infectious Diseases, 68(1), e1–e35. https://doi.org/10.1093/cid/ciy745.

52. Singer, P., Blaser, A. R., Berger, M. M., Alhazzani, W., Calder, P. C., Casaer, M. P., Hiesmayr, M., Mayer, K., Montejo, J. C., Pichard, C., Preiser, J., Van Zanten, A. R., Oczkowski, S., Szczeklik, W., & Bischoff, S. C. (2018). ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. Clinical Nutrition, 38(1), 48–79. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.037.

53. Sandau, K. E., Funk, M., Auerbach, A., Barsness, G. W., Blum, K., Cvach, M., Lampert, R., May, J. L., McDaniel, G. M., Perez, M. V., Sendelbach, S., Sommargren, C. E., & Wang, P. J. (2017). Update to practice standards for electrocardiographic monitoring in hospital settings: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation, 136(19), e273–e344. https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000527.

54. Practice Guidelines for Moderate Procedural Sedation and Analgesia 2018. (2018). Anesthesiology, 128(3), 437–479. https://doi.org/10.1097/aln.0000000000002043.

55. Coelho-Prabhu, N., Forbes, N., Thosani, N. C., Storm, A. C., Pawa, S., Kohli, D. R., Fujii-Lau, L. L., Elhanafi, S., Calderwood, A. H., Buxbaum, J. L., Kwon, R. S., Amateau, S. K., Al-Haddad, M. A., & Qumseya, B. J. (2022). Adverse events associated with EGD and EGD-related techniques. Gastrointestinal Endoscopy, 96(3), 389-401.e1. https://doi.org/10.1016/j.gie.2022.04.024.

56. Keeling, D., Tait, R. C., & Watson, H. (2016). Peri-operative management of anticoagulation and antiplatelet therapy. British Journal of Haematology, 175(4), 602–613. https://doi.org/10.1111/bjh.14344.

57. Frykholm, P., Pikwer, A., Hammarskjöld, F., Larsson, A. T., Lindgren, S., Lindwall, R., Taxbro, K., Öberg, F., Acosta, S., & Åkeson, J. (2014). Clinical guidelines on central venous catheterisation. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 58(5), 508–524. https://doi.org/10.1111/aas.12295.

58. Apfelbaum, J. L., Silverstein, J. H., Chung, F. F., Connis, R. T., Fillmore, R. B., Hunt, S. E., Nickinovich, D. G., Schreiner, M. S., Silverstein, J. H., Apfelbaum, J. L., Barlow, J. C., Chung, F. F., Connis, R. T., Fillmore, R. B., Hunt, S. E., Joas, T. A., Nickinovich, D. G., & Schreiner, M. S. (2013). Practice guidelines for postanesthetic care. Anesthesiology, 118(2), 291–307. https://doi.org/10.1097/aln.0b013e31827773e9.

59. Ding, D., & Ishag, S. (2023, July 8). Aldrete scoring system. StatPearls - NCBI Bookshelf. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK594237/.

60. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/isolation/isolation-precautions/index.html.

61. Infection prevention and control in the household management of people with suspected or confirmed coronavirus disease (COVID-19). (2020, March 31). European Centre for Disease Prevention and Control. https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-control-household-management-covid-19.

62. Byrne, R. A., Rossello, X., Coughlan, J. J., Barbato, E., Berry, C., Chieffo, A., Claeys, M. J., Dan, G., Dweck, M. R., Galbraith, M., Gilard, M., Hinterbuchner, L., Jankowska, E. A., Jüni, P., Kimura, T., Kunadian, V., Leosdottir, M., Lorusso, R., Pedretti, R. F. E., Davlouros, P. (2023). 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. European Heart Journal, 44(38), 3720–3826. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191

63. McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., Burri, H., Butler, J., Čelutkienė, J., Chioncel, O., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., Crespo-Leiro, M. G., Farmakis, D., Gilard, M., Heymans, S., Hoes, A. W., Jaarsma, T., Jankowska, E. A., Čelutkienė, J. (2021). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal, 42(36), 3599–3726. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368.

64. Konstantinides, S. V., Meyer, G., Becattini, C., Bueno, H., Geersing, G., Harjola, V., Huisman, M. V., Humbert, M., Jennings, C. S., Jiménez, D., Kucher, N., Lang, I. M., Lankeit, M., Lorusso, R., Mazzolai, L., Meneveau, N., Áinle, F. N., Prandoni, P., Pruszczyk, P., Jüni, P. (2019). 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). European Heart Journal, 41(4), 543–603. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz405.

65. Rochwerg, B., Brochard, L., Elliott, M. W., Hess, D., Hill, N. S., Nava, S., Navalesi, P., Antonelli, M., Brozek, J., Conti, G., Ferrer, M., Guntupalli, K., Jaber, S.,

Keenan, S., Mancebo, J., Mehta, S., & Raoof, S. (2017b). Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure. European Respiratory Journal, 50(2), 1602426. https://doi.org/10.1183/13993003.02426-2016.

66. Mancia, G., Kreutz, R., Brunström, M., Burnier, M., Grassi, G., Januszewicz, A., Muiesan, M. L., Tsioufis, K., Agabiti-Rosei, E., Algharably, E. a. E., Azizi, M., Benetos, A., Borghi, C., Hitij, J. B., Cifkova, R., Coca, A., Cornelissen, V., Cruickshank, J. K., Cunha, P. G., Kjeldsen, S. E. (2023). 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension. Journal of Hypertension, 41(12), 1874–2071. https://doi.org/10.1097/hjh.0000000000003480.

67. Radchenko, C., Alraiyes, A. H., & Shojaee, S. (2017). A systematic approach to the management of massive hemoptysis. Journal of Thoracic Disease, 9(S10), S1069–S1086. https://doi.org/10.21037/jtd.2017.06.4141.

68. Metlay, J. P., Waterer, G. W., Long, A. C., Anzueto, A., Brozek, J., Crothers, K., Cooley, L. A., Dean, N. C., Fine, M. J., Flanders, S. A., Griffin, M. R., Metersky, M. L., Musher, D. M., Restrepo, M. I., & Whitney, C. G. (2019). Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 200(7), e45–e67. https://doi.org/10.1164/rccm.201908-1581st.

69. Biggins, S. W., Angeli, P., Garcia-Tsao, G., Ginès, P., Ling, S. C., Nadim, M. K., Wong, F., & Kim, W. R. (2021). Diagnosis, evaluation, and management of ascites, Spontaneous Bacterial peritonitis and hepatorenal Syndrome: 2021 Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. Hepatology, 74(2), 1014–1048. https://doi.org/10.1002/hep.31884.

70. Kranz, J., Bartoletti, R., Bruyère, F., Cai, T., Geerlings, S., Köves, B., Schubert, S., Pilatz, A., Veeratterapillay, R., Wagenlehner, F. M. E., Bausch, K., Devlies, W., Horváth, J., Leitner, L., Mantica, G., Mezei, T., Smith, E. J., & Bonkat, G. (2024). European Association of Urology Guidelines on Urological Infections: Summary of the 2024 Guidelines. European Urology, 86(1), 27–41. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2024.03.035

71. Seminario-Vidal, L., Kroshinsky, D., Malachowski, S. J., Sun, J., Markova, A., Beachkofsky, T. M., Kaffenberger, B. H., Ergen, E. N., Mauskar, M., Bridges, A., Calhoun, C., Cardones, A. R., Chen, S. T., Chodosh, J., Cotliar, J., Davis, M. D., DeNiro, K. L., Dominguez, A. R., Eljure-Téllez, J., Micheletti, R. G. (2020). Society of Dermatology Hospitalists supportive care guidelines for the management of Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis in adults. Journal of the American Academy of Dermatology, 82(6), 1553–1567. https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.02.066.

72. Özkoca, D., & Uzunçakmak, T. K. (2022). Clinical approach to Erythroderma. Journal of the Turkish Academy of Dermatology, 16(2), 33–35. https://doi.org/10.4274/jtad.galenos.2021.94695.

73. Brüggen, M., Walsh, S., Ameri, M. M., Anasiewicz, N., Maverakis, E., French, L. E., Ingen-Housz-Oro, S., Abe, R., Ardern-Jones, M., Assier, H., Barbaud, A., Bensaid, B., Bernal, W., Bernier, C., Brassard, A., Březinová, E., Cabañas, R., Cardones, A., Chu, C., Cho, Y. (2023). Management of adult patients with drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms. JAMA Dermatology, 160(1), 37. https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2023.4450.

74. Van Goor, H., & Al, E. (2013). IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. Pancreatology, 13(4), e1–e15. https://doi.org/10.1016/j.pan.2013.07.063.

75. Rosiou, K., & Selinger, C. P. (2021). Acute severe ulcerative colitis: management advice for internal medicine and emergency physicians. Internal and Emergency Medicine, 16(6), 1433–1442. https://doi.org/10.1007/s11739-021-02704-0.

76. WSES-AAST guidelines: management of inflammatory bowel disease in the emergency setting. (2021). PubMed. https://doi.org/10.1186/s13017-021-00362-3

77. Laine, L., Barkun, A. N., Saltzman, J. R., Martel, M., & Leontiadis, G. I. (2021). ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. The American Journal of Gastroenterology, 116(5), 899–917. https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001245.

78. De Franchis, R., Bosch, J., Garcia-Tsao, G., Reiberger, T., Ripoll, C., Abraldes, J. G., Albillos, A., Baiges, A., Bajaj, J., Bañares, R., Barrufet, M., Benajiba, L., Berzigotti, A., Bureau, C., Calvaruso, V., Cardenas, A., D'Amico, G., De Gottardi, A., Dell'Era, A., Yoshiji, H. (2021). Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension. Journal of Hepatology, 76(4), 959–974. https://doi.org/10.1016/j.jhep.2021.12.022.

79. McIntosh, S. E., Freer, L., Grissom, C. K., Rodway, G. W., Giesbrecht, G. G., McDevitt, M., Imray, C. H., Johnson, E. L., Pandey, P., Dow, J., & Hackett, P. H. (2024). Wilderness Medical Society Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Treatment of Frostbite: 2024 Update. Wilderness and Environmental Medicine, 35(2), 183–197. https://doi.org/10.1177/10806032231222359.

80. Stevens, D. L., Bisno, A. L., Chambers, H. F., Dellinger, E. P., Goldstein, E. J. C., Gorbach, S. L., Hirschmann, J. V., Kaplan, S. L., Montoya, J. G., & Wade, J. C. (2014). Executive Summary: Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of skin and soft tissue infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clinical Infectious Diseases, 59(2), 147–159. https://doi.org/10.1093/cid/ciu444.

81. NICE. (2023, May 18). Overview | Head injury: assessment and early management | Guidance | NICE. https://www.nice.org.uk/guidance/ng232.

82. Skolarikos, A., Geraghty, R., Somani, B., Tailly, T., Jung, H., Neisius, A., Petřík, A., Kamphuis, G. M., Davis, N., Bezuidenhout, C., Lardas, M., Gambaro, G., Sayer, J. A., Lombardo, R., & Tzelves, L. (2025). European Association of Urology Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Urolithiasis. European Urology, 88(1), 64–75. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2025.03.011.

83. Królicki, T., Bardowska, K., Kudla, T., Królicka, A., Letachowicz, K., Mazanowska, O., Krajewski, W., Poznański, P., Krajewska, M., & Kamińska, D. (2022). Acute kidney injury secondary to urinary tract infection in kidney transplant recipients. Scientific Reports, 12(1), 10858. https://doi.org/10.1038/s41598-022-15035-7.

84. Akram, M., Jahrreiss, V., Skolarikos, A., Geraghty, R., Tzelves, L., Emilliani, E., Davis, N. F., & Somani, B. K. (2024). Urological Guidelines for Kidney stones: Overview and Comprehensive update. Journal of Clinical Medicine, 13(4), 1114. https://doi.org/10.3390/jcm13041114.

85. Leslie, S. W., & Rout, P. (2024, April 20). Male urinary retention: acute and chronic. StatPearls - NCBI Bookshelf. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538499/

86. Löhr, J. M., Dominguez-Munoz, E., Rosendahl, J., Besselink, M., Mayerle, J., Lerch, M. M., Haas, S., Akisik, F., Kartalis, N., Iglesias-Garcia, J., Keller, J., Boermeester, M., Werner, J., Dumonceau, J., Fockens, P., Drewes, A., Ceyhan, G., Lindkvist, B., Drenth, J., Bruno, M. (2017). United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis (HaPanEU). United European Gastroenterology Journal, 5(2), 153–199. https://doi.org/10.1177/2050640616684695.

87. Miura, F., Okamoto, K., Takada, T., Strasberg, S. M., Asbun, H. J., Pitt, H. A., Gomi, H., Solomkin, J. S., Schlossberg, D., Han, H., Kim, M., Hwang, T., Chen, M., Huang, W. S., Kiriyama, S., Itoi, T., Garden, O. J., Liau, K., Horiguchi, A., Yamamoto, M. (2017). Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis. Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences, 25(1), 31–40. https://doi.org/10.1002/jhbp.509.

88. Leppäniemi, A., Tolonen, M., Tarasconi, A., Segovia-Lohse, H., Gamberini, E., Kirkpatrick, A. W., Ball, C. G., Parry, N., Sartelli, M., Wolbrink, D., Van Goor, H., Baiocchi, G., Ansaloni, L., Biffl, W., Coccolini, F., Di Saverio, S., Kluger, Y., Moore, E., & Catena, F. (2019). 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. World Journal of Emergency Surgery, 14(1), 27. https://doi.org/10.1186/s13017-019-0247-0

89. Peritonsillar abscess. (2017, April 15). PubMed. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28409615/

90. Dowdy, R. a. E., & Cornelius, B. W. (2020). Medical management of epiglottitis. Anesthesia Progress, 67(2), 90–97. https://doi.org/10.2344/anpr-66-04-08

91. Tabassom, A., & Dahlstrom, J. J. (2022, September 12). Epistaxis. StatPearls - NCBI Bookshelf. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435997/

92. Beck, R., Sorge, M., Schneider, A., & Dietz, A. (2018). Current approaches to epistaxis treatment in primary and secondary care. Deutsches Ärzteblatt International, 115(1–02), 12–22. https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0012.

93. Management of Angle-Closure Glaucoma Guideline - The Royal College of Ophthalmologists. (2025, June 24). The Royal College of Ophthalmologists.

https://www.rcophth.ac.uk/resources-listing/management-of-angle-closure-glaucoma-guideline/.

94. Kudasiewicz-Kardaszewska, A. J., Ozimek, M. A., Kardaszewska, A., Boninska, K., Kuhn, F., & Cisiecki, S. (2025). Modern endophthalmitis control: the complete early vitrectomy for endophthalmitis (CEVE) protocol and surgical prophylaxis. Cureus, 17(9), e91513. https://doi.org/10.7759/cureus.91513.

95. Blanch, R. J., McMaster, D., & Patterson, T. J. (2024). Management of open globe injury: a narrative review. Eye, 38(16), 3047–3051. https://doi.org/10.1038/s41433-024-03246-3.

96. The Anesthesia Guide. (2025, August 27). Management of Acute Poisoning – Clinical care and treatment - The Anesthesia Guide. https://anesthguide.com/topic/acute-poisonings-emergency-management/

97. Patel, S. R. (2013). Toxicologic emergencies in the intensive care unit. Critical Care Nursing Quarterly, 36(4), 335–344. https://doi.org/10.1097/cnq.0b013e3182a10cbd.

98. Chacko, B., & Peter, J. V. (2019). Antidotes in poisoning. Indian Journal of Critical Care Medicine, 23(S4), 0. https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23310.

99. Velamoor, R. (2017). Neuroleptic malignant syndrome: A neuro-psychiatric emergency: Recognition, prevention, and management. Asian Journal of Psychiatry, 29, 106–109. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.05.004.

100. Boyer, E. W., & Shannon, M. (2005). The serotonin syndrome. New England Journal of Medicine, 352(11), 1112–1120. https://doi.org/10.1056/nejmra041867.

101. Hopkins, P. M., Girard, T., Dalay, S., Jenkins, B., Thacker, A., Patteril, M., & McGrady, E. (2021). Malignant hyperthermia 2020. Anaesthesia, 76(5), 655–664. https://doi.org/10.1111/anae.15317.

102. Kleindorfer, D. O., Towfighi, A., Chaturvedi, S., Cockroft, K. M., Gutierrez, J., Lombardi-Hill, D., Kamel, H., Kernan, W. N., Kittner, S. J., Leira, E. C., Lennon, O., Meschia, J. F., Nguyen, T. N., Pollak, P. M., Santangeli, P., Sharrief, A. Z., Smith, S. C., Turan, T. N., & Williams, L. S. (2021). 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients with stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 52(7), e364–e467. https://doi.org/10.1161/str.0000000000000375.

103. Vignatelli, L., Tontini, V., Meletti, S., Camerlingo, M., Mazzoni, S., Giovannini, G., Pasini, E., Michelucci, R., Bisulli, F., Tinuper, P., & Di Vito, L. (2024). Clinical practice guidelines on the management of status epilepticus in adults: A systematic review. Epilepsia, 65(6), 1512–1530. https://doi.org/10.1111/epi.17982.

104. Weiss, N., Marois, C., Guennec, L. L., Rohaut, B., & Demeret, S. (2025). Critical insights for intensivists on Guillain-Barré syndrome. Annals of Intensive Care, 15(1), 67. https://doi.org/10.1186/s13613-025-01464-w.

105. Ropper, A. E., & Ropper, A. H. (2017). Acute spinal cord compression. New England Journal of Medicine, 376(14), 1358–1369. https://doi.org/10.1056/nejmra1516539.

106. Finucane, L. M., Downie, A., Mercer, C., Greenhalgh, S. M., Boissonnault, W. G., Pool-Goudzwaard, A. L., Beneciuk, J. M., Leech, R. L., & Selfe, J. (2020). International Framework for Red flags for Potential Serious Spinal Pathologies. Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy, 50(7), 350–372. https://doi.org/10.2519/jospt.2020.9971.

107. Klastersky, J., De Naurois, J., Rolston, K., Rapoport, B., Maschmeyer, G., Aapro, M., & Herrstedt, J. (2016). Management of febrile neutropaenia: ESMO Clinical Practice Guidelines. Annals of Oncology, 27(suppl 5), v111–v118. https://doi.org/10.1093/annonc/mdw325.

108. Cairo, M. S., Coiffier, B., Reiter, A., & Younes, A. (2010). Recommendations for the evaluation of risk and prophylaxis of tumour lysis syndrome (TLS) in adults and children with malignant diseases: an expert TLS panel consensus. British Journal of Haematology, 149(4), 578–586. https://doi.org/10.1111/j.1365-2141.2010.08143.x.

109. Penack, O., Marchetti, M., Aljurf, M., Arat, M., Bonifazi, F., Duarte, R. F., Giebel, S., Greinix, H., Hazenberg, M. D., Kröger, N., Mielke, S., Mohty, M., Nagler, A., Passweg, J., Patriarca, F., Ruutu, T., Schoemans, H., Solano, C., Vrhovac, R., Peric, Z. (2024). Prophylaxis and management of graft-versus-host disease after stem-cell transplantation for haematological malignancies: updated consensus recommendations of the European Society for Blood and Marrow Transplantation. The Lancet Haematology, 11(2), e147–e159. https://doi.org/10.1016/s2352-3026(23)00342-3

110. Guidelines for preventing opportunistic infections among hematopoietic stem cell transplant recipients. (2000). Biology of Blood and Marrow Transplantation, 6(6), 7–83. https://doi.org/10.1016/s1083-8791(00)70002-4.

111. Rothberg, B. E. G., Quest, T. E., Yeung, S. J., Pelosof, L. C., Gerber, D. E., Seltzer, J. A., Bischof, J. J., Thomas, C. R., Akhter, N., Mamtani, M., Stutman, R. E., Baugh, C. W., Anantharaman, V., Pettit, N. R., Klotz, A. D., Gibbs, M. A., & Kyriacou, D. N. (2022). Oncologic emergencies and urgencies: A comprehensive review. CA a Cancer Journal for Clinicians, 72(6), 570–593. https://doi.org/10.3322/caac.21727

112. Romero, S., Sempere, A., Gómez-Seguí, I., Román, E., Moret, A., Jannone, R., Moreno, I., Mendizábal, S., Espí, J., Peris, A., Carbonell, R., Cervera, J., Pemán, J., Bonanad, S., De La Rubia, J., & Jarque, I. (2018). Guía práctica de tratamiento urgente de la microangiopatía trombótica. Medicina Clínica, 151(3), 123.e1-123.e9. https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.01.013.

113. George, J. N., & Nester, C. M. (2014). Syndromes of thrombotic microangiopathy. New England Journal of Medicine, 371(7), 654–666. https://doi.org/10.1056/nejmra1312353.

114. Ross, D. S., Burch, H. B., Cooper, D. S., Greenlee, M. C., Laurberg, P., Maia, A. L., Rivkees, S. A., Samuels, M., Sosa, J. A., Stan, M. N., & Walter, M. A. (2016). 2016

American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. Thyroid, 26(10), 1343–1421. https://doi.org/10.1089/thy.2016.0229.

115. NICE. (2024, August 28). Overview | Adrenal insufficiency: identification and management | Guidance | NICE. https://www.nice.org.uk/guidance/ng243.

116. Ylli, D., Klubo-Gwiezdzinska, J., & Wartofsky, L. (2019). Thyroid emergencies. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 129(7–8), 526–534. https://doi.org/10.20452/pamw.14876.

117. Bulloch, M. N., Cardinale-King, M., Cogle, S., Radparvar, S., Effendi, M., Jagpal, S., & Dixit, D. (2024). Correction of electrolyte abnormalities in critically ill patients. Intensive Care Research, 4(1), 19–37. https://doi.org/10.1007/s44231-023-00054-3.

118. Wolf, C., Curry, A., Nacht, J., & Simpson, S. A. (2020). Management of Alcohol Withdrawal in the Emergency Department: Current Perspectives. Open Access Emergency Medicine, Volume 12, 53–65. https://doi.org/10.2147/oaem.s235288.

119. Rodríguez, E., Soler, M. J., Rap, O., Barrios, C., Orfila, M. A., & Pascual, J. (2013). Risk factors for acute kidney injury in severe rhabdomyolysis. PLoS ONE, 8(12), e82992. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0082992.

120. Lipman, G. S., Gaudio, F. G., Eifling, K. P., Ellis, M. A., Otten, E. M., & Grissom, C. K. (2019). Wilderness Medical Society Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Treatment of Heat Illness: 2019 update. Wilderness and Environmental Medicine, 30(4_suppl), S33–S46. https://doi.org/10.1016/j.wem.2018.10.004

121. Polson, J., & Lee, W. M. (2005). AASLD position paper. Hepatology, 41(5), 1179–1197. https://doi.org/10.1002/hep.20703.

122. Angeli, P., Bernardi, M., Villanueva, C., Francoz, C., Mookerjee, R. P., Trebicka, J., Krag, A., Laleman, W., & Gines, P. (2018). EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. Journal of Hepatology, 69(2), 406–460. https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.024.

123. Vilstrup, H., Amodio, P., Bajaj, J., Cordoba, J., Ferenci, P., Mullen, K. D., Weissenborn, K., & Wong, P. (2014). Hepatic encephalopathy in chronic liver disease: 2014 Practice Guideline by the American Association for the Study Of Liver Diseases and the European Association for the Study of the Liver. Hepatology, 60(2), 715–735. https://doi.org/10.1002/hep.27210.

124. Members, A. F., Erbel, R., Aboyans, V., Boileau, C., Bossone, E., Di Bartolomeo, R., Eggebrecht, H., Evangelista, A., Falk, V., Frank, H., Gaemperli, O., Grabenwöger, M., Haverich, A., Iung, B., Manolis, A. J., Meijboom, F., Nienaber, C. A., Roffi, M., Rousseau, H., Kravchenko, I. (2014). 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases. European Heart Journal, 35(41), 2873–2926. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu281.

125. Björck, M., Koelemay, M., Acosta, S., Goncalves, F. B., Kölbel, T., Kolkman, J., Lees, T., Lefevre, J., Menyhei, G., Oderich, G., Committee, N. E. G., Kolh, P., De Borst, G., Chakfe, N., Debus, S., Hinchliffe, R., Kakkos, S., Koncar, I., Lindholt, J. S., Naylor, R. (2017). Editor's choice – Management of the diseases of mesenteric arteries and veins. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 53(4), 460–510. https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2017.01.010.

126. Wanhainen, A., Verzini, F., Van Herzeele, I., Allaire, E., Bown, M., Cohnert, T., Dick, F., Van Herwaarden, J., Karkos, C., Koelemay, M., Kölbel, T., Loftus, I., Mani, K., Melissano, G., Powell, J., Szeberin, Z., Committee, N. E. G., De Borst, G. J., Chakfe, N., Verhagen, H. (2018). Editor's choice – European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2019 Clinical Practice Guidelines on the Management of Abdominal Aorto-iliac Artery Aneurysms. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 57(1), 8–93. https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2018.09.020.

127. Sexual and Reproductive Health and Research (SRH). (2025, October 5). Consolidated guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of postpartum haemorrhage. https://www.who.int/publications/i/item/9789240115637.

128. Gestational hypertension and preeclampsia. (2020). Obstetrics and Gynecology, 135(6), e237–e260. https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003891.

129. Prelabor rupture of membranes. (2020). Obstetrics and Gynecology, 135(3), e80–e97. https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003700.

130. NICE. (2023b, September 29). Overview | Intrapartum care | Guidance | NICE. https://www.nice.org.uk/guidance/ng235.

131. NICE. (2019b, September 4). Overview | Twin and triplet pregnancy | Guidance | NICE. https://www.nice.org.uk/guidance/ng137.

132. Management of Breech presentation. (2017). BJOG an International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 124(7), e151–e177. https://doi.org/10.1111/1471-0528.14465.

133. Guidelines Review Committee. (2013, January 1). WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn. https://www.who.int/publications/i/item/9789241506649.

134. Nelson-Piercy, C., Dean, C., Shehmar, M., Gadsby, R., O'Hara, M., Hodson, K., & Nana, M. (2024). The Management of nausea and vomiting in pregnancy and hyperemesis gravidarum (Green-Top Guideline No. 69). BJOG an International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 131(7), e1–e30. https://doi.org/10.1111/1471-0528.17739.

135. NICE. (2019a, April 17). Overview | Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management | Guidance | NICE. https://www.nice.org.uk/guidance/ng126

136. NICE. (2015, November 20). Overview | Preterm labour and birth | Guidance | NICE. https://www.nice.org.uk/guidance/ng25/

137. Workowski, K. A., Bachmann, L. H., Chan, P. A., Johnston, C. M., Muzny, C. A., Park, I., Reno, H., Zenilman, J. M., & Bolan, G. A. (2021). Sexually Transmitted

Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recommendations and Reports, 70(4), 1–187. https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7004a1.

138. Adnexal torsion in adolescents. (2019). Obstetrics and Gynecology, 134(2), e56–e63. https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003373.

139. Potter, A. W., & Chandrasekhar, C. A. (2008). US and CT Evaluation of Acute Pelvic Pain of Gynecologic Origin in Nonpregnant Premenopausal Patients. Radiographics, 28(6), 1645–1659. https://doi.org/10.1148/rg.286085504.

140. Committee Opinion No. 557. (2013). Obstetrics and Gynecology, 121(4), 891–896. https://doi.org/10.1097/01.aog.0000428646.67925.9a.

141. Erekson, E. A., Yip, S. O., Ciarleglio, M. M., & Fried, T. R. (2011). Postoperative complications after gynecologic surgery. Obstetrics and Gynecology, 118(4), 785–793. https://doi.org/10.1097/aog.0b013e31822dac5d.

142. Shmorgun, D., Claman, P., Gysler, M., Hemmings, R., Cheung, A. P., Goodrow, G. J., Hughes, E. G., Min, J. K., Roberts, J., Senikas, V., Wong, B. C., & Young, D. C. (2011). The diagnosis and management of ovarian hyperstimulation syndrome. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 116(3), 268–273. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.11.001.

143. Child Health and Development (CHD). (2013, January 1). Pocket book of hospital care for children: Second edition. https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-154837-3/.

Директор Департаменту
медичних послуг **Валерія СОРУЧАН**