



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
(Минздрав ЧР)**

ПРИКАЗ

« 30 » 12 20 21 г.

г. Грозный

№ 473

г Об организации оказания г
в Чеченской Республике медицинской помощи взрослому населению по профилю
«онкология»

В соответствии с пунктом 2 части 1 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в рамках исполнения приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.02.2021 г. № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях», в целях совершенствования организации онкологической помощи взрослому населению Чеченской Республики,

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Возложить на ГБУ «Республиканский онкологический диспансер» координирующие функции по организационно-методическому руководству онкологической службой Чеченской Республики.

2. Утвердить:

2.1. Инструкцию по оказанию медицинской помощи взрослым онкологическим больным в медицинских организациях Чеченской Республики (далее – Инструкция) согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

2.2. Маршрутизацию взрослого населения Чеченской Республики при оказании медицинской помощи по профилю «онкология» (приложение № 2 к настоящему приказу).

3. Руководителям медицинских организаций Чеченской Республики обеспечить оказание медицинской помощи взрослым по профилю «онкология» в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.02.2021 г. № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях» (далее – Порядок) и утвержденной настоящим приказом Инструкцией.

4. Руководителям медицинских организаций Чеченской Республики, имеющих прикрепленное взрослое население:

4.1. Назначить приказом по медицинской организации ответственного сотрудника за соблюдение сроков и качества оказания медицинской помощи пациентам с подозрением на злокачественное новообразование в должности не ниже заместителя руководителя;

4.2. Обеспечить выполнение в полном объеме перечня обязательных исследований и консультаций пациентам с подозрением на онкологическое заболевание в сроки согласно Инструкции.

5. Руководителям медицинских организаций, оказывающих специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь взрослым по профилю «онкология»:

5.1. Организовать работу вверенных медицинских организаций в соответствии с Порядком и Инструкцией;

5.2. Создать приказом по медицинской организации постоянно действующие онкологические консилиумы согласно Инструкции и назначить сотрудника, ответственного за их проведение.

6. Главному внештатному специалисту онкологу Министерства здравоохранения Чеченской Республики:

6.1. Организовать проведение регулярного анализа медицинской документации пациентов со злокачественными новообразованиями на предмет своевременности постановки диагноза и качества оказания медицинской помощи;

6.2. Ежеквартально, до 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом, по результатам проведенного анализа направлять в Министерство здравоохранения Чеченской Республики аналитическую справку и при необходимости предложения по мерам, направленным на повышение качества и доступности оказания медицинской помощи;

6.3. Организовать регулярное, не реже 1 раза в квартал, проведение совместного обсуждения запущенных случаев с руководителями медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

7. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Чеченской Республики от 23.05.2019 г. № 116 «Об организации оказания медицинской помощи населению Чеченской Республики по профилю «онкология».

8. Общему отделу ГКУ «Управление по обеспечению деятельности Министерства здравоохранения Чеченской Республики» довести настоящий приказ до сведения руководителей медицинских организаций Чеченской Республики, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, филиала АО «МАКС-М» в г. Грозный, ГБУ «Медицинский информационно-аналитический центр» и опубликовать на официальном сайте Министерства здравоохранения Чеченской Республики.

9. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования

10. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Чеченской Республики А.Ш. Тапаева.

И.о. министра



И.Х. Байсултанов

ИНСТРУКЦИЯ

по оказанию медицинской помощи взрослым онкологическим больным в медицинских организациях Чеченской Республики

1. Настоящая Инструкция устанавливает правила организации оказания медицинской помощи взрослым с онкологическими заболеваниями, а также с подозрением на онкологические заболевания (далее - пациенты).

2. Медицинская помощь пациентам оказывается в медицинских организациях, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике, с обязательным соблюдением сроков, установленных данной Инструкцией.

3. Медицинская помощь пациентам оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- паллиативной медицинской помощи.

4. Медицинская помощь пациентам оказывается в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

5. Первичная медико-санитарная помощь включает мероприятия по профилактике, диагностике и лечению онкологических заболеваний, а также медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

6. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшером (акушеркой), другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием и включает мероприятия по профилактике, диагностике онкологических заболеваний, а также проведение мероприятий скрининга.

7. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами (врачами-терапевтами участковыми), врачами общей практики (семейными врачами) в отделениях (кабинетах) медицинской профилактики для взрослых, терапевтических, врача общей практики (семейного врача).

8. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-онкологом по медицинским показаниям по направлению медицинских работников в плановой форме.

9. При обращении пациента за медицинской помощью в медицинскую организацию по месту жительства с характерными жалобами или признаками онкологического заболевания врач-специалист в рамках «онконастороженности» организует проведение обязательных исследований и консультаций в сроки, установленные Территориальной программой государственных гарантий бесплатного

оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике, согласно приложению к Инструкции. При наличии медицинских показаний возможно проведение дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, а также консультаций профильных специалистов.

10. Контроль за соблюдением сроков и качества выполнения обязательного объема диагностических исследований и консультаций обеспечивает ответственный заместитель руководителя медицинской организации.

11. В случае подтверждения предварительного диагноза злокачественного новообразования врач-специалист направляет пациента на консультацию к врачу-онкологу в центр амбулаторной онкологической помощи (далее – ЦАОП), а в случае его отсутствия – в первичный онкологический кабинет (далее – ПОК) медицинской организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи.

12. Врач-специалист организует запись пациента непосредственно на консультацию к врачу-онкологу и выдает ему следующие направительные документы:

- направление на консультацию формы № 057/у-04 «Направление на госпитализацию, обследование, консультацию»;

- выписка из медицинской карты пациента с результатами диагностических исследований формы № 027/у «Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного».

13. Консультация врача-онколога в ЦАОП (ПОК) медицинской организации, должна быть проведена в течение 3 рабочих дней с даты направления на консультацию.

14. Врач-онколог ЦАОП (ПОК), в течение одного дня с даты установления предварительного диагноза злокачественного новообразования организует взятие биологического материала для цитологического исследования и (или) биопсийного (операционного) материала и направление в патолого-анатомическое бюро (отделение) в соответствии с правилами проведения патолого-анатомических исследований, а также организует проведение иных диагностических исследований, необходимых для оценки распространенности, определения стадии онкологического заболевания и функционального состояния пациента. При этом срок проведения инструментальных и лабораторных исследований не должен превышать сроков, установленных Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике.

15. В случае невозможности взятия в медицинской организации, в составе которой организован ЦАОП (ПОК), биопсийного (операционного) материала, или проведения иных диагностических исследований, необходимых для оценки распространенности и определения стадии онкологического заболевания, пациент в установленном порядке направляется врачом-онкологом в иные медицинские организации, принимающие участие в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике, имеющие необходимые соответствующие технические возможности, в соответствии с утвержденной Министерством здравоохранения Чеченской Республики маршрутизацией.

16. При направлении на прижизненное патолого-анатомическое исследование выдаются следующие направительные документы:

- направление по форме № 014/у «Направление на прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала»;

- выписка из медицинской карты пациента с результатами диагностических исследований по форме № 027/у «Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного».

17. При направлении в иные медицинские организации для проведения диагностических исследований, необходимых для оценки распространенности и

определения стадии онкологического заболевания, врач-онколог ЦАОП (ПОК) выдает ему следующие направительные документы:

- направление на консультацию формы № 057/у-04 «Направление на госпитализацию, обследование, консультацию»;

- выписка из медицинской карты пациента с результатами диагностических исследований по форме № 027/у «Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного».

18. Сроки проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований в случае подозрения на онкологические заболевания не должны превышать сроков, установленных Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике.

19. В случае морфологического подтверждения диагноза злокачественного новообразования по результатам патолого-анатомических исследований врач-онколог ЦАОП (ПОК) направляет пациента (с направлением на консультацию формы № 057/у-04 «Направление на госпитализацию, обследование, консультацию») в поликлиническое отделение ГБУ «Республиканский онкологический диспансер» для установления за ним диспансерного наблюдения и представления на онкологический консилиум в установленном порядке с предоставлением медицинской документации, содержащей информацию о результатах проведенных лабораторных, инструментальных, прижизненных патолого-анатомических исследований, включая материалы лучевых методов исследования, в том числе на цифровых носителях.

20. В случае наличия онкологического заболевания, при котором гистологическая верификация диагноза не возможна, и диагноз определен на основании клинических, лабораторных и инструментальных данных, врач-онколог имеет право направить на онкологический консилиум без патолого-анатомического подтверждения диагноза.

21. Тактика лечения устанавливается онкологическим консилиумом, состав которого должен включать врача-онколога – специалиста по хирургическим методам лечения, врача-онколога – специалиста по лекарственным методам лечения и врача-радиотерапевта с привлечением при необходимости врачей других специальностей.

22. При необходимости участники онкологического консилиума могут присутствовать на заседании дистанционно, с применением методов телемедицинских технологий в порядке, предусмотренном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 г. № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

23. При изменении метода лечения проведение онкологического консилиума обязательно.

24. Решение онкологического консилиума оформляется протоколом на бумажном носителе, заполненном разборчиво от руки или в печатном виде и подписанном участниками консилиума, либо в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи участников консилиума.

25. Решение онкологического консилиума, оформленное протоколом, вносится в медицинскую документацию пациента.

26. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению при онкологических заболеваниях, оказывается по медицинским показаниям, предусмотренным положением об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

27. Информация о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных Территориальной

программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике, предоставляется пациенту лечащим врачом

28. Срок ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи для пациентов с онкологическими заболеваниями не должен превышать 7 рабочих дней с даты гистологической верификации опухоли или с момента установления предварительного диагноза заболевания (состояния).

29. Диспансерное наблюдение врача-онколога за пациентом с выявленным онкологическим заболеванием устанавливается и осуществляется в соответствии с порядком диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями.

30. Срок постановки на диспансерный учет пациента с выявленным онкологическим заболеванием не должен превышать 3 рабочих дня с момента постановки диагноза онкологического заболевания.

31. Специализированная, за исключением высокотехнологичной, медицинская помощь в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, оказывается по медицинским показаниям, предусмотренным порядком направления пациентов в медицинские организации и иные организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, для оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, предусмотренного в приложении к положению об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также в соответствии с порядком направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования.

32. При наличии у пациента с онкологическим заболеванием медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи направление в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, осуществляется в соответствии с порядком организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

33. Медицинская помощь пациентам может быть оказана с применением телемедицинских технологий путем организации и проведения консультаций и (или) участия в консилиуме врачей в соответствии с порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой.

34. При наличии противопоказаний к проведению специализированного лечения онкологический консилиум рекомендует тактику дальнейшего ведения пациента, включая направление пациента на оказание паллиативной помощи.

35. Паллиативная медицинская помощь пациенту с онкологическими заболеваниями оказывается в соответствии с положением об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья, а также в соответствии с маршрутизацией, утвержденной Министерством здравоохранения Чеченской Республики.

36. Медицинские организации вносят информацию об оказанной медицинской помощи пациентам с подозрением на онкологические заболевания, а также пациентам с установленным диагнозом онкологического заболевания в медицинскую информационную систему медицинской организации для последующей передачи

сведений в государственную информационную систему в сфере здравоохранения Чеченской Республики либо непосредственно в государственную информационную систему в сфере здравоохранения Чеченской Республики в случае если она выполняет функции медицинской информационной системы медицинской организации в том числе для последующей передачи в подсистему ведения вертикально-интегрированной медицинской информационной системы по профилю «онкология», единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения.

37. Между медицинскими организациями с учетом определенного уровня доступа как к персонализированной, так и к деперсонализированной информации о состоянии здоровья в электронном виде, осуществляется передача сведений об оказанной медицинской помощи пациенту с подозрением на онкологическое заболевание, а также пациенту с установленным диагнозом онкологического заболевания, и его маршрутизации.

Приложение к инструкции
по оказанию медицинской помощи
взрослым онкологическим больным
в медицинских организациях
Чеченской Республики

ПЕРЕЧЕНЬ
обязательных исследований и консультаций при подозрении на
злокачественное новообразование

Таблица № 1

Перечень общих жалоб/скрытых признаков
злокачественного новообразования

№ п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Субфебрильная или фебрильная температура тела без других симптомов более 1 месяца
2.	Необъяснимая потеря веса на 10 и более процентов от общего веса за последние 3 месяца
3.	Увеличение регионарных лимфоузлов, не связанное с ОРВИ, более 1 месяца
4.	Кашель, не проходящий на фоне антибиотикотерапии, не связанный с ОРВИ, более 8 недель
5.	Слабость более 1 месяца
6.	Потеря аппетита более 1 месяца
7.	Бледность кожных покровов более 1 месяца
8.	Тошнота более 1 месяца
9.	Повышенная утомляемость, астения более 1 месяца

При наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1-9 таблицы № 1 обязательно проведение следующих исследований:

Перечень исследований при общих скрытых признаках злокачественного новообразования

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Определение активности аланинаминотрансферазы в крови	да	нет
3.	Определение активности аспаратаминотрансферазы в	да	нет

	крови		
4.	Исследование уровня общего белка в крови	да	нет
5.	Определение билирубина общего	да	нет
6.	Определение глюкозы	да	нет
7.	Исследование уровня мочевины в крови	да	нет
8.	Исследование уровня креатинина в крови	да	нет
9.	Исследование уровня железа в сыворотке крови	да	нет
10.	Исследование кала на скрытую кровь	да	нет
11.	Определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	да, перед проведением эзофагогастродуоденоскопии	нет
12.	Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, качественное исследование	да, перед проведением эзофагогастродуоденоскопии	нет
13.	Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови	да, перед проведением эзофагогастродуоденоскопии	нет
14.	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови и определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	да, перед проведением эзофагогастродуоденоскопии	нет
15.	Эзофагогастродуоденоскопия и колоноилеоскопия	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	нет
16.	Исследование уровня простатспецифического антигена общего в крови	да, если не проводилось за последние 12 месяцев	для мужчин старше 45 лет
17.	Консультация врача-акушера-гинеколога	да, если не проводилось за последние 12 месяцев	для женщин старше 18 лет
18.	Цитологическое исследование микрореферата шейки матки;	да, если не проводилось за	для женщин старше 18 лет

	цитологическое исследование микропрепарата цервикального канала	последние 12 месяцев	
19.	Обзорная Rg-графия молочной железы в двух проекциях	да	для женщин после 39 лет
20.	Ультразвуковое исследование молочных желез	да	для женщин от 18 до 39 лет включительно
21.	Rg-графия органов грудной клетки (компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (без контрастирования))	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	2 проекции
22.	Ультразвуковое исследование брюшной полости	да	нет
23.	Консультация врача общей практики/врача-терапевта/врача-терапевта участкового	да	с результатами исследований

Таблица № 2

Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования верхних дыхательных путей и ротовой полости

№ п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Заложенность носа более 1 месяца
2.	Кровянистые выделения из носа более 1 месяца
3.	Иррадиация боли в ухо более 1 месяца
4.	Ощущение "кома" в горле более 1 месяца
5.	Трудности с глотанием более 1 месяца
6.	Боль при глотании более 1 месяца
7.	Осиплость голоса более 1 месяца
8.	Наличие объемного образования области шеи
9.	Болезненное уплотнение или язва губы, щеки, внутренней части щеки, твердого неба, мягкого неба, языка, ротоглотки более 14 дней
10.	Затруднение дыхания более 1 месяца
11.	Чувство тяжести и давления в области шеи
12.	Затруднение прохождения пищи

Перечень исследований при подозрении на злокачественное новообразование верхних дыхательных путей и ротовой полости

При наличии одной или нескольких жалоб, указанных в пунктах 1-7 таблицы № 2, обязательно проведение перечня исследований № 1.

Перечень исследований № 1

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Консультация врача-оториноларинголога	да	с результатами исследований

При наличии любой из жалоб, указанных в пунктах 8-9 таблицы № 2, обязательно проведение перечня исследований № 2.

Перечень исследований № 2

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Ультразвуковое исследование мягких тканей (одной анатомической зоны)	да	надключичные, подключичные, подбородочные, поднижнечелюстные
3.	Консультация врача-стоматолога	да	нет
4.	Консультация врача-онколога	да	с результатами исследований

При наличии любой из жалоб, указанных в пунктах 10-11 таблицы № 2, обязательно проведение перечня исследований № 3.

Перечень исследований № 3

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Ультразвуковое исследование мягких тканей (одной анатомической зоны)	да	надключичные, подключичные, подбородочные, поднижнечелюстные
3.	Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез	да	нет
4.	Рентгенография органов грудной клетки в 2 проекциях	да, если не проводилось за	2 проекции

	(компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (без контрастирования))	последние 6 месяцев	
5.	Консультация врача общей практики/врача-терапевта/врача-терапевта участкового	да	с результатами исследований

При наличии только жалобы из пункта 12 таблицы № 2 либо при одновременном наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1-7 таблицы и жалобы из пункта 12 таблицы № 2 обязательно проведение перечня исследований № 4.

Перечень исследований № 4

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Rg-графия органов грудной клетки (компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (без контрастирования))	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	2 проекции
3.	Определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	да	перед проведением эзофагогастро-дуоденоскопии
4.	Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, качественное исследование	да	перед проведением эзофагогастро-дуоденоскопии
5.	Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови	да	перед проведением эзофагогастро-дуоденоскопии
6.	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови и определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	да	перед проведением эзофагогастро-дуоденоскопии
7.	Эзофагогастро-дуоденоскопия	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	нет

8.	Консультация врача-оториноларинголога	да	нет
9.	Консультация врача общей практики/врача-терапевта/врача-терапевта участкового	да	с результатами исследований

При одновременном наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1-7 таблицы № 2 и наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 8-9 таблицы № 2 обязательно проведение перечня исследований № 5.

При одновременном наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1-7 таблицы № 2 и наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 10-11 таблицы № 2 обязательно проведение перечня исследований № 5.

Перечень исследований № 5

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Ультразвуковое исследование мягких тканей (одной анатомической зоны)	да	надключичные, подключичные, подбородочные, поднижнечелюстные
3.	Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез	да	нет
4.	Консультация врача-оториноларинголога	да	с результатами исследований

Таблица № 3

Перечень возможных жалоб/признаков злокачественного новообразования мочевой системы

№ п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Боль при мочеиспускании в конце акта мочеиспускания более 1 месяца
2.	Кровь в моче
3.	Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря более 1 месяца
4.	Учащенное мочеиспускание более 1 месяца
5.	Боли в поясничной области постоянного характера более 1 месяца

Перечень исследований при подозрении на злокачественное новообразование мочевой системы

При наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1-4 таблицы № 3 обязательно проведение перечня исследований № 1.

Перечень исследований № 1

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Общий (клинический) анализ мочи	да	нет
3.	Исследование уровня простатспецифического антигена общего в крови	да	для мужчин
4.	Ультразвуковое исследование органов малого таза у женщин (одной анатомической зоны)	да	трансабдоминально
5.	Ультразвуковое исследование органов малого таза у мужчин (одной анатомической зоны)	да	трансабдоминально
6.	Консультация врача-уролога	да	с результатами исследований
7.	Консультация врача-акушера-гинеколога	да	для женщин

При одновременном наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1-4 и жалобы из пункта 5 таблицы № 3 обязательно проведение перечня исследований № 2.

Перечень исследований № 2

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Исследование креатинина	да	нет
3.	Исследование мочевины	да	нет
4.	Общий (клинический) анализ мочи	да	нет
5.	Исследование уровня простатспецифического антигена общего в крови	да	для мужчин
6.	Ультразвуковое исследование почек и забрюшинного пространства	да	нет

7.	Ультразвуковое исследование органов малого таза у женщин (одной анатомической зоны)	да	трансабдоминально
8.	Ультразвуковое исследование органов малого таза у мужчин (одной анатомической зоны)	да	трансабдоминально
9.	Консультация врача-уролога	да	с результатами исследований
10.	Консультация врача-акушера-гинеколога	да	для женщин

При наличии только жалобы из пункта 5 таблицы № 3 обязательно проведение перечня исследований № 3.

Перечень исследований № 3

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Исследование креатинина	да	нет
3.	Исследование мочевины	да	нет
4.	Ультразвуковое исследование почек и забрюшинного пространства	да	нет
5.	Консультация врача-невролога	да	с результатами исследований
6.	Консультация врача общей практики/врача-терапевта/врача-терапевта участкового	да	с результатами исследований

Таблица № 4

Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования половой системы у мужчин

№ п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Кровь в моче
2.	Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря более 1 месяца
3.	Учащенное мочеиспускание более 1 месяца
4.	Образование головки полового члена
5.	Образование на крайней плоти полового члена
6.	Образование тела полового члена
7.	Образование яичка
8.	Изменение формы и размера мошонки

Вышеуказанные симптомы определяются только у мужчин.

Перечень исследований при подозрении на злокачественное новообразование половой системы у мужчин

При наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1-3 таблицы № 4 обязательно проведение перечня исследований № 1.

Перечень исследований № 1

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Исследование креатинина	да	нет
3.	Исследование мочевины	да	нет
4.	Общий (клинический) анализ мочи	да	нет
5.	Исследование уровня простатспецифического антигена общего в крови	да	нет
6.	Ультразвуковое исследование почек и забрюшинного пространства	да	нет
7.	Ультразвуковое исследование органов малого таза у мужчин (одной анатомической зоны)	да	трансабдоминально
8.	Консультация врача-уролога	да	с результатами исследований

При наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 4-6 таблицы № 4 обязательно проведение перечня исследований № 2.

Перечень исследований № 2

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Консультация врача-дерматовенеролога	да	нет
2.	Консультация врача-уролога	да	нет

При наличии любой из жалоб из пунктов 7-8 таблицы № 4 обязательно проведение перечня исследований № 3.

Перечень исследований № 3

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Ультразвуковое исследование наружных половых органов у мужчин (одной анатомической зоны)	да	нет
2.	Консультация врача-уролога	да	нет

Таблица № 5

Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования наружных женских половых органов

№ п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Патологические выделения из половых путей любого цвета
2.	Дискомфорт при ходьбе в области промежности
3.	Зуд в области половых губ более 1 месяца
4.	Объемное образование в области половых губ более 1 месяца
5.	Кровянистые выделения из половых путей после полового контакта более 1 месяца

Вышеуказанные симптомы определяются только у женщин.

Перечень исследований при подозрении на злокачественное новообразование наружных женских половых органов

При наличии любой жалобы из таблицы № 5 обязательно проведение перечня исследований.

Перечень исследований

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Консультация врача-акушера-гинеколога	да	нет

Таблица № 6

Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования внутренних женских половых органов

№ п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Тянущие боли внизу живота у женщин более 1 месяца
2.	Увеличение живота в объеме, не связанное с увеличением подкожно-жировой клетчатки передней брюшной стенки (признаки асцита), за последнюю неделю

Вышеуказанные симптомы определяются только у женщин.

Перечень исследований при подозрении на злокачественное новообразование внутренних женских половых органов

При наличии любой жалобы из таблицы № 6 обязательно проведение перечня исследований.

Перечень исследований

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Определение активности аланинаминотрансферазы в крови	да	нет
	Определение активности аспаратаминотрансферазы в крови	да	нет
4.	Исследование уровня общего белка в крови	да	нет
5.	Определение билирубина общего	да	нет
6.	Определение глюкозы	да	нет
7.	Исследование уровня мочевины в крови	да	нет
8.	Исследование уровня креатинина в крови	да	нет
9.	Rg-графия органов грудной клетки (компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (без контрастирования))	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	2 проекции
10.	Исследование уровня антигена аденогенных раков СА 125 в крови	да	нет
11.	Исследование уровня хорионического гонадотропина в крови	да	для женщин с 18 до 55 лет при задержке менструаций
12.	Ультразвуковое исследование брюшной полости	да	нет
13.	Ультразвуковое исследование органов малого таза у женщин (одной анатомической зоны)	да	трансвагинально
14.	Консультация врача-акушера-гинеколога	да	с результатами исследований

Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования центральной и периферической нервной системы

№ п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Головная боль приступообразного характера, в основном в ночное время или утром, более 1 месяца
2.	Эпилептические припадки
3.	Потеря сознания
4.	Ощущения покалывания или ползания мурашек более 3 месяцев
5.	Выраженный болевой синдром в проекции нерва более 14 дней
6.	Парез (снижение силы мышц) более 14 дней
7.	Гипестезия (снижение чувствительности) более 14 дней
8.	Трофические изменения кожи в проекции нерва более 3 месяцев
9.	Резкое и сильное изменение качества зрения более 1 месяца
10.	Постепенное появление косоглазия более 1 месяца
11.	Головокружение более 14 дней

Перечень исследований при подозрении на злокачественное новообразование центральной и периферической нервной системы

При наличии любой жалобы из таблицы № 7 обязательно проведение перечня исследований № 1.

Перечень исследований № 1

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Консультация врача-невролога	да	нет

При одновременном наличии жалоб из пунктов 9-10 таблицы № 7 обязательно проведение перечня исследований № 2.

Перечень исследований № 2

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Консультация врача-офтальмолога	да	нет

3.	Консультация врача-невролога	да	нет
----	------------------------------	----	-----

Таблица № 8

Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования глаза

№ п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Резкое и сильное изменение качества зрения более 1 месяца
2.	Перед глазами вспышки, пятна более 1 месяца
3.	Появление темного пятна на склере или радужке более 1 месяца
4.	Припухлость глаза более 1 месяца
5.	Ощущение инородного тела более 1 месяца
6.	Гиперемия в области глаза более 1 месяца
7.	Чувство жжения в глазу более 1 месяца
8.	Периодическая или постоянная боль в области глаза более 1 месяца
9.	Побелевший зрачок
10.	Постепенное появление косоглазия более 1 месяца
11.	Отсутствие бинокулярного зрения более 1 месяца
12.	Экзофтальм

Перечень исследований при подозрении на злокачественное новообразование органов глаза

При наличии любой жалобы из таблицы № 8 обязательно проведение перечня исследований № 1.

Перечень исследований № 1

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Консультация врача-офтальмолога	да	нет

При одновременном наличии жалоб из пунктов 1 и 10 таблицы № 8 обязательно проведение перечня исследований № 2.

Перечень исследований № 2

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Консультация врача-офтальмолога	да	нет
3.	Консультация врача-невролога	да	нет

Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования пищевода

№ п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Затруднение прохождения пищи более 1 месяца
2.	Боли при глотании в проекции грудины более 1 месяца

Перечень исследований при подозрении на злокачественное новообразование пищевода

При наличии любой из жалоб или комбинации из пункта 1 или пункта 2 таблицы № 9 обязательно проведение перечня исследований.

Перечень исследований

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Rg-графия органов грудной клетки (компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (без контрастирования))	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	2 проекции
3.	Определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	да	перед проведением эзофагогастро-дуоденоскопии
4.	Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, качественное исследование	да	перед проведением эзофагогастро-дуоденоскопии
5.	Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови	да	перед проведением эзофагогастро-дуоденоскопии
6.	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови и определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	да	перед проведением эзофагогастро-дуоденоскопии

7.	Эзофагогастродуоденоскопия	да	нет
8.	Консультация врача-оториноларинголога	да	нет
9.	Консультация врача общей практики/врача-терапевта/врача-терапевта участкового	да	с результатами исследований

Таблица № 10

Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования органов грудной клетки

№ п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Боли за грудиной при дыхании, не связанные с физической нагрузкой или изменениями АД, более 1 месяца
2.	Одышка, не связанная с физической нагрузкой, более 1 месяца
3.	Тахикардия, не связанная с физической нагрузкой, более 1 месяца
4.	Синюшность кожных покровов более 1 месяца
5.	Кровохарканье
6.	Вздутие вен шеи более 1 месяца
7.	Одутловатость лица без нарушения мочеиспускания более 1 месяца
8.	Отечность рук более 1 месяца
9.	Признаки миастении (опущение верхнего века, двоение в глазах, нарастающая мышечная слабость) более 1 месяца

Перечень исследований при подозрении на злокачественное новообразование органов грудной клетки

При наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1-5 таблицы № 10 обязательно проведение перечня исследований № 1.

Перечень исследований № 1

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	ЭКГ в 12 отведениях	да	нет
3.	Rg-графия органов грудной клетки (компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (без контрастирования))	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	2 проекции
4.	Консультация врача общей практики/врача-терапевта/врача-	да	с результатами исследований

	терапевта участкового		
--	-----------------------	--	--

При наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 6-8 либо одновременном наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1-5 и одной или нескольких жалоб из пунктов 6-8 таблицы № 10 обязательно проведение перечня исследований № 2.

Перечень исследований № 2

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	ЭКГ в 12 отведениях	да	нет
3.	Rg-графия органов грудной клетки (компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (без контрастирования))	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	2 проекции
4.	Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез	да	нет
5.	Ультразвуковое исследование мягких тканей (одной анатомической зоны)	да	надключичные, подключичные
6.	Консультация врача общей практики/врача-терапевта/врача-терапевта участкового	да	с результатами исследований

При наличии только жалобы пункта 9 таблицы № 10 обязательно проведение перечня исследований № 3.

Перечень исследований № 3

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Консультация врача-невролога	да	нет

При одновременном наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1-8 и жалобы из пункта 9 таблицы № 10 обязательно проведение перечня исследований № 4.

Перечень исследований № 4

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	ЭКГ в 12 отведениях	да	нет
3.	Rg-графия органов грудной клетки (компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (без контрастирования))	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	2 проекции
4.	Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез	да	нет
5.	Ультразвуковое исследование мягких тканей (одной анатомической зоны)	да	надключичные, подключичные
6.	Консультация врача-невролога	да	с результатами исследований
7.	Консультация врача общей практики/врача-терапевта/врача-терапевта участкового	да	с результатами исследований

Таблица № 11

Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования печени, поджелудочной железы

№ п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Желтушность кожных покровов, изменение цвета стула и мочи
2.	Расчесы на коже более 1 месяца
3.	Потемнение мочи более 1 месяца
4.	Тупая, ноющая, опоясывающая боль в животе более 1 месяца
5.	Выбухание в правом подреберье более 1 месяца
6.	Нарушение обычного характера стула
7.	Рвота

Перечень исследований при подозрении на злокачественное новообразование печени, поджелудочной железы

При наличии любой жалобы из пунктов 1-3, либо при одновременном наличии всех жалоб из пунктов 1-3, либо одновременном наличии любой жалобы из пунктов 1-3 и одной или нескольких жалоб из пунктов 4-6, либо наличии только жалобы из пункта 6 таблицы № 11 обязательно проведение перечня исследований № 1.

При наличии только жалобы из пункта 4 либо жалобы из пункта 5 таблицы № 11 обязательно проведение перечня исследований № 1.

Перечень исследований № 1

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Определение активности аланинаминотрансферазы в крови	да	нет
3.	Определение активности аспаратаминотрансферазы в крови	да	нет
4.	Исследование уровня общего белка в крови	да	нет
5.	Определение билирубина общего	да	нет
6.	Определение глюкозы	да	нет
7.	Исследование уровня мочевины в крови	да	нет
8.	Исследование уровня креатинина в крови	да	нет
9.	Определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови	да	нет
10.	Определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	да	нет
12.	Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, качественное исследование	да	нет
13.	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости	да	нет
14.	Консультация врача-хирурга	да	с результатами исследований

При наличии только жалобы из пункта 7 либо при одновременном наличии жалобы из пункта 7 и любой жалобы из пунктов 4-6 таблицы № 11 обязательно проведение перечня исследований № 2.

Перечень исследований № 2

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за	нет

		последние 14 рабочих дней	
2.	Определение активности аланинаминотрансферазы в крови	да	нет
3.	Определение активности аспартатаминотрансферазы в крови	да	нет
4.	Исследование уровня общего белка в крови	да	нет
5.	Определение билирубина общего	да	нет
6.	Определение глюкозы	да	нет
7.	Исследование уровня мочевины в крови	да	нет
8.	Исследование уровня креатинина в крови	да	нет
9.	Определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	да	перед проведением эзофагогастро-дуоденоскопии
10.	Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, качественное исследование	да	перед проведением эзофагогастро-дуоденоскопии
11.	Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови	да	перед проведением эзофагогастро-дуоденоскопии
12.	Исследование на вирус иммунодефицита человека ВИЧ (immunodeficiency virus HIV)	да	перед проведением эзофагогастро-дуоденоскопии
13.	Эзофагогастро-дуоденоскопия	да	нет
14.	Ультразвуковое исследование брюшной полости	да	нет
15.	Ультразвуковое исследование почек и забрюшинного пространства	да	нет
16.	Консультация врача общей практики/врача-терапевта/врача-терапевта участкового	да	с результатами исследований

Таблица № 12

**Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования
абдоминальной области и забрюшинного пространства**

№ п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Вздутие живота, задержка газов, не связанные с нарушением питания, более 1 месяца

2.	Изжога, не связанная с перееданием пищи, более 1 месяца
3.	Боли в верхних отделах живота натощак или ночью более 1 месяца
4.	Чувство переполнения желудка, не связанное с перееданием пищи, более 1 месяца
5.	Отрыжка «тухлыми яйцами», не связанная с перееданием пищи, более 1 месяца
6.	Рвота с кровью (с любым количеством крови)
7.	Черный стул, не связанный с приемом препаратов железа, более 1 месяца
8.	Объемное образование брюшной полости

Перечень исследований при подозрении на злокачественное новообразование абдоминальной области и забрюшинного пространства

При наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1-5 таблицы № 12 обязательно проведение перечня исследований № 1.

Перечень исследований № 1

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Rg-графия органов грудной клетки (компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (без контрастирования)	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	2 проекции
3.	Определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	да	перед проведением эзофагогастро-дуоденоскопии
4.	Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, качественное исследование	да	перед проведением эзофагогастро-дуоденоскопии
5.	Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови	да	перед проведением эзофагогастро-дуоденоскопии
6.	Исследование на вирус иммунодефицита человека ВИЧ (immunodeficiency virus HIV)	да	перед проведением эзофагогастро-дуоденоскопии
7.	Эзофагогастродуоденоскопия	да	нет
8.	Ультразвуковое исследование брюшной полости	да	нет
9.	Консультация врача-гастроэнтеролога	да	с результатами исследований

При одновременном наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1-5 и одной или нескольких жалоб из пунктов 6-8 либо при наличии любой жалобы из пунктов 6-8 таблицы № 12 обязательно проведение перечня исследований № 2.

Перечень исследований № 2

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Скрытая кровь в кале	да	нет
3.	Rg-графия органов грудной клетки (компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (без контрастирования)	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	2 проекции
4.	Определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	да	перед проведением эзофагогастро-дуоденоскопии
5.	Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, качественное исследование	да	перед проведением эзофагогастро-дуоденоскопии
6.	Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови	да	перед проведением эзофагогастро-дуоденоскопии
7.	Исследование на вирус иммунодефицита человека ВИЧ (immunodeficiency virus HIV)	да	перед проведением эзофагогастро-дуоденоскопии
8.	Эзофагогастродуоденоскопия	да	нет
9.	Ультразвуковое исследование брюшной полости	да	нет
10.	Консультация врача-хирурга	да	с результатами исследований

Таблица № 13

Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования толстой кишки и анального канала

№ п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Нарушение обычного характера стула более 1 месяца
2.	Вздутие в животе или боли в животе более 1 месяца
3.	Боли при акте дефекации
4.	Кровь или слизь в кале

5.	Объемное пальпируемое образование брюшной полости
----	---

Перечень исследований при подозрении на злокачественное новообразование толстой кишки и анального канала

При наличии любой жалобы из пунктов 3-4 либо при одновременном наличии жалоб из пунктов 3-4 таблицы № 13 обязательно проведение перечня исследований № 1.

Перечень исследований № 1

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Скрытая кровь в кале	да	нет
3.	Консультация врача-колопроктолога	да	с результатами исследований

При наличии только жалобы из пункта 1 таблицы № 13 обязательно проведение перечня исследований № 2.

При одновременном наличии жалоб из пункта 2 и пункта 4 таблицы № 13 обязательно проведение перечня исследований № 2.

Перечень исследований № 2

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Скрытая кровь в кале	да	нет
3.	Ультразвуковое исследование брюшной полости	да	нет
4.	Консультация врача-колопроктолога	да	с результатами исследований

При одновременном наличии жалоб из пункта 1 и пункта 4, либо наличии только жалобы из пункта 5, либо одновременном наличии жалоб из пунктов 1-2 и пункта 4, либо одновременном наличии всех жалоб из пунктов 1-5 таблицы № 13 обязательно проведение перечня исследований № 3.

Перечень исследований № 3

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
-------	------------	----------------	------------------------

1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Скрытая кровь в кале	да	нет
3.	Определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	да	перед проведением колоноилеоскопии
4.	Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, качественное исследование	да	перед проведением колоноилеоскопии
5.	Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови	да	перед проведением колоноилеоскопии
6.	Исследование на вирус иммунодефицита человека ВИЧ (immunodeficiency virus HIV)	да	перед проведением колоноилеоскопии
7.	Колоноилеоскопия	да	нет
8.	Ультразвуковое исследование брюшной полости	да	нет
9.	Консультация врача-колопроктолога	да	с результатами исследований

Таблица № 14

Минимальный объем обследования пациента при выявлении признаков злокачественного новообразования молочной железы

№ п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Объемное образование молочной железы
2.	Кровянистые выделения из соска
3.	Деформация кожи молочной железы
4.	Втяжение кожи молочной железы (симптом "умбиликации")
5.	Утолщение и отек кожи молочной железы с резким выступанием на ней потовых желез (симптом "лимонной корки")
6.	Выраженное утолщение соска и складки ареолы (симптом Краузе)
7.	Изъязвление кожи над опухолью
8.	Втяжение соска
9.	Гиперемия кожи над молочной железой
10.	Увеличение в размерах подмышечных, подключичных, надключичных лимфоузлов

Перечень исследований при подозрении на злокачественное новообразование молочной железы

При наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1, 3-10 таблицы № 14 обязательно проведение перечня исследований № 1.

Перечень исследований № 1

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Ультразвуковое исследование молочных желез	да	для женщин от 18 до 39 лет; для мужчин; правой и левой молочных желез
2.	Обзорная Rg-графия молочной железы в двух проекциях	да	для женщин старше 40 лет (включительно); правой и левой молочных желез
3.	Консультация врача общей практики/врача-терапевта/врача-терапевта участкового	да	с результатами исследований

При наличии только жалобы из пункта 2 таблицы № 14 обязательно проведение перечня исследований № 2.

Перечень исследований № 2

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Ультразвуковое исследование молочных желез	да	для женщин до 39 лет; для мужчин; правой и левой молочных желез
2.	Обзорная Rg-графия молочной железы в двух проекциях	да	для женщин после 39 лет; правой и левой молочных желез
3.	Консультация врача-онколога	да	с результатами исследований

Таблица № 15

Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования кожи/меланомы кожи

№ п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Пигментное образование, характеризующееся быстрым ростом
2.	Пигментное образование, характеризующееся изменением конфигурации границ
3.	Пигментное образование с появлением в пределах образования разных цветовых оттенков

4.	Зуд в области пигментного образования
5.	Чувство жжения в области пигментного образования
6.	Длительно не заживающая язва кожи
7.	Болезненные и кровоточащие язвы, уплотнения, корки на поверхности кожи (особенно кожи головы, шеи)
8.	Уплотнение участка кожи
9.	Красная кайма вокруг любого объемного образования

Перечень исследований при подозрении на злокачественное новообразование кожи, при подозрении на меланому кожи

При наличии любой жалобы из таблицы № 15 обязательно проведение перечня исследований.

Перечень исследований

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)	да	нет
3.	Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме	да	нет
4.	Определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	да	нет
5.	Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, качественное исследование	да	нет
6.	Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови	да	нет
7.	Исследование на вирус иммунодефицита человека ВИЧ (immunodeficiency virus HIV)	да	нет
8.	Консультация врача-онколога	да	нет

Таблица № 16

Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования костей и суставных хрящей

№ п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Подкожное образование конечностей тела (кроме области суставов) более 1 месяца
2.	Боли в костях, преимущественно в ночное время, плохо купируемые анальгетиками, более 1 месяца
3.	Боль в области крупных суставов (тазобедренном, коленном, плечевом, локтевом) более 1 месяца

Перечень исследований при подозрении на злокачественное новообразование костей и суставных хрящей

При наличии только жалобы из пункта 1 таблицы № 16 обязательно проведение перечня исследований № 1.

Перечень исследований № 1

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Ультразвуковое исследование мягких тканей	да	соответствующей локализации
2.	Консультация врача-хирурга	да	с результатами исследований

При наличии только жалобы из пункта 2 таблицы № 16 обязательно проведение перечня исследований № 2.

Перечень исследований № 2

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Рентгенография костей	да, если не назначена остеосцинтиграфия	соответствующей локализации
2.	Компьютерная денситометрия костей	да	нет
3.	Консультация врача-травматолога	да	с результатами исследований
4.	Консультация врача общей практики/врача-терапевта/врача-терапевта участкового	да	с результатами исследований

При одновременном наличии жалобы из пункта 1 и любой из жалоб пунктов 2-3 либо одновременном наличии всех жалоб из пунктов 1-3 таблицы № 16 обязательно проведение перечня исследований № 3.

Перечень исследований № 3

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Ультразвуковое исследование мягких тканей	да	соответствующей локализации
2.	Компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (без контрастирования)	да	соответствующей локализации
3.	Остеосцинтиграфия	да, если не назначена рентгенография	нет
4.	Консультация врача общей практики/врача-терапевта/врача-терапевта участкового	да	с результатами исследований

При наличии только жалобы из пункта 3 таблицы № 16 обязательно проведение перечня исследований № 4.

Перечень исследований № 4

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Rg-графия мелких суставов, Rg-графия крупного сустава	да, если не назначена остеосцинтиграфия	соответствующей локализации
2.	Определение белков острой фазы С-реактивный белок	да	нет
3.	Определение содержания ревматоидного фактора в крови	да	нет
4.	Консультация врача-ревматолога	да	с результатами исследований

Приложение № 2 к приказу
 Министерства здравоохранения
 Чеченской Республики
 от 30.12. 2022 № 443.

МАРШРУТИЗАЦИЯ

взрослого населения Чеченской Республики при оказании медицинской помощи по профилю «онкология»

Маршрутизация из медицинских организаций Чеченской Республики (за исключением г. Грозный)

Медицинский персонал, оказывающий медицинскую помощь по профилю	Врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты	Врачи-специалисты по профилю (врачи-онкологи)	Врачи-специалисты по профилю (врачи-онкологи)	Врачи-специалисты по профилю (врачи-онкологи)	Врачи-специалисты по профилю (врачи-онкологи, врачи-радиологи, врачи-радиотерапевты)
Вид медицинской помощи	Первичная медико-санитарная помощь, за исключением первичной специализированной медико-санитарной помощи	Первичная специализированная медико-санитарная помощь	Первичная специализированная медико-санитарная помощь	Первичная специализированная медико-санитарная помощь	Специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь
Порядок обращения	Самостоятельное обращение	По направлению: - врача-терапевта участкового; - врача общей практики (семейного врача); - врача-специалиста	По направлению: - врача-онколога первичного онкологического кабинета	По направлению: - врача-онколога первичного онкологического кабинета; - врача-онколога центра амбулаторной	По направлению: - врача-онколога поликлинического отделения ГБУ «Республиканский онкологический диспансер»

Перечень медицинских организаций	ГБУ «Надтеречная ЦРБ»	Первичный онкологический кабинет ГБУ «Надтеречная ЦРБ»	Центр амбулаторной онкологической помощи ГБУ «Республиканский онкологический диспансер»	Онкологической помощи	Центр онкологии «АйМед»
	ГБУ «Наурская ЦРБ»	Первичный онкологический кабинет ГБУ «Наурская ЦРБ»			
	ГБУ «Грозненская ЦРБ»	Первичный онкологический кабинет ГБУ «Грозненская ЦРБ»			
	ГБУ «Аргунская ГБ № 1»	Первичный онкологический кабинет ГБУ «Аргунская ГБ № 1»			
	ГБУ «Веденская ЦРБ»	Первичный онкологический кабинет ГБУ «Веденская ЦРБ»	Центр амбулаторной онкологической помощи ГБУ «Шалинская ЦРБ»		
	ГБУ «Шалинская ЦРБ»	Первичный онкологический кабинет ГБУ «Шалинская ЦРБ»			

	<p>ГБУ «Курчалоевская ЦРБ им. А.И. Хизриевой»</p>	<p>Первичный онкологический кабинет ГБУ «Курчалоевская ЦРБ»</p>	<p>Первичный онкологический кабинет ГБУ «Гудермесская ЦРБ»</p>	<p>Первичный онкологический кабинет ГБУ «Шелковская ЦРБ»</p>	
	<p>ГБУ «Гудермесская ЦРБ им. Х.Ш. Алиева»</p>	<p>Первичный онкологический кабинет ГБУ «Гудермесская ЦРБ»</p>	<p>Первичный онкологический кабинет ГБУ «Шелковская ЦРБ»</p>	<p>Первичный онкологический кабинет ГБУ «Ножай- Юртовская ЦРБ»</p>	
	<p>ГБУ «Шелковская ЦРБ»</p>	<p>Первичный онкологический кабинет ГБУ «Шелковская ЦРБ»</p>	<p>Первичный онкологический кабинет ГБУ «Ножай- Юртовская ЦРБ»</p>	<p>Первичный онкологический кабинет ГБУ «Ножай- Юртовская ЦРБ»</p>	
	<p>ГБУ «Ножай- Юртовская ЦРБ»</p>	<p>Первичный онкологический кабинет ГБУ «Ножай- Юртовская ЦРБ»</p>	<p>Первичный онкологический кабинет ГБУ «Серноводская ЦРБ»</p>	<p>Первичный онкологический кабинет ГБУ «Серноводская ЦРБ»</p>	
	<p>ГБУ «Серноводская ЦРБ»</p>	<p>Первичный онкологический кабинет ГБУ «Серноводская ЦРБ»</p>	<p>Первичный онкологический кабинет ГБУ «Ачхой- Мартановская ЦРБ»</p>	<p>Первичный онкологический кабинет ГБУ «Ачхой- Мартановская ЦРБ»</p>	
	<p>ГБУ «Ачхой- Мартановская ЦРБ»</p>	<p>Первичный онкологический кабинет ГБУ «Ачхой- Мартановская ЦРБ»</p>	<p>Первичный онкологический кабинет ГБУ «Ачхой- Мартановская ЦРБ»</p>	<p>Первичный онкологический кабинет ГБУ «Ачхой- Мартановская ЦРБ»</p>	
	<p>ГБУ «ЦРБ Урус-</p>	<p>Первичный</p>	<p>Первичный</p>	<p>Первичный</p>	

	Мартановского района»	онкологический кабинет ГБУ «ЦРБ Урус-Мартановского района»			
	ГБУ «Шатойская МБ»	Первичный онкологический кабинет ГБУ «Шатойская МБ»			

Маршрутизация из медицинских организаций г. Грозный

Медицинский персонал, оказывающий медицинскую помощь по профилю	Врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты	Врачи-специалисты по профилю (врачи-онкологи)	Врачи-специалисты по профилю (врачи-онкологи)	Врачи-специалисты по профилю (врачи-онкологи, врачи-радиологи, врачи-радиотерапевты)
Вид медицинской помощи	Первичная медико-санитарная помощь, за исключением первичной специализированной медико-санитарной помощи	Первичная специализированная медико-санитарная помощь	Первичная специализированная медико-санитарная помощь	Специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь
Порядок обращения	Самостоятельное обращение	По направлению: - врача-терапевта участкового; - врача общей практики (семейного врача); - врача-специалиста	По направлению: - врача-онколога амбулаторной онкологической помощи	По направлению: - врача-онколога поликлинического отделения ГБУ «Республиканский онкологический диспансер»

Перечень медицинских организаций	ГБУ «Клиническая больница № 3 г. Грозного»	Центр амбулаторной онкологической помощи ГБУ «Республиканский онкологический диспансер»	Поликлиническое отделение ГБУ «Республиканский онкологический диспансер»	Центр онкологии «АйМед»
	ГБУ «Клиническая больница № 4 г. Грозного»			
	ГБУ «Клиническая больница № 5 г. Грозного»			
	ГБУ «Больница № 6 г. Грозного»			
	ГБУ «Поликлиника № 1 г. Грозного»			
	ГБУ «Поликлиника № 2 г. Грозного»			
	ГБУ «Поликлиника № 3 г. Грозного»			
	ГБУ «Поликлиника № 4 г. Грозного»			
	ГБУ «Поликлиника № 5 г. Грозного»			
	ГБУ «Поликлиника № 6 г. Грозного»			
	ГБУ «Поликлиника № 7 г. Грозного»			