



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

(Минздрав ЧР)

**НОХЧИЙН РЕСПУБЛИКИН МОГАШАЛЛА ГЛАШЪАРАН  
МИНИСТЕРСТВО**

**П Р И К А З**

17.01.2024г

№ 7

г. Грозный

**Об организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (взрослое население, за исключением профилей «акушерство» и «гинекология»)**

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2023 года № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 октября 2019 года № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» и постановлением Правительства Чеченской Республики от 28 декабря 2017 года № 310 «Об утверждении Порядка финансового обеспечения оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет средств республиканского бюджета гражданам Российской Федерации, проживающим на территории Чеченской Республики, и Порядка формирования перечня медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации, проживающим на территории Чеченской Республики», п р и к а з ы в а ю:

1. Создать комиссию Министерства здравоохранения Чеченской Республики по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (взрослое население, за исключением профилей «акушерство» и «гинекология») (далее соответственно – Комиссия, Министерство).

2. Утвердить:

2.1. Положение о Комиссии согласно приложению № 1.

2.2. Состав Комиссии согласно приложению № 2.

2.3. Форму заявления о направлении в медицинскую организацию с целью оказания высокотехнологичной медицинской помощи согласно приложению № 3.

2.4. Форму заявления о согласии на обработку персональных данных согласно приложению № 4.

2.5. Форму протокола решения Комиссии согласно приложению № 5.

2.6. Перечень клинико-диагностических исследований, проводимых при подготовке пациентов для направления в медицинские организации с целью оказания высокотехнологичной медицинской помощи, согласно приложению № 6.

3. Руководителям медицинских организаций, подведомственных Министерству (далее – медицинская организация):

3.1. Обеспечить контроль за соблюдением требований приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 октября 2019 года № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения»;

3.2. Провести разъяснительную работу с населением о реализации на территории Чеченской Республики Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 октября 2019 года № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения», с привлечением средств массовой информации и размещением информации в социальных сетях.

4. Возложить на руководителей медицинских организаций персональную ответственность за обоснованность направления пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи и качество оформления медицинской документации.

5. Отделу по организации специализированной медицинской помощи населению Министерства осуществлять постоянный контроль за организацией высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с Порядком организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 октября 2019 года № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

6. Признать утратившими силу приказы Министерства:  
от 18 января 2023 года № 14 «Об организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (взрослое население, за исключением профилей «акушерство» и «гинекология»);

от 6 декабря 2023 года № 371 «О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения Чеченской Республики от 18 января 2023 года № 14».

7. Отделу делопроизводства, организационной и контрольной работы ГКУ «Управление по обеспечению деятельности Министерства здравоохранения Чеченской Республики» довести настоящий приказ до сведения руководителей медицинских организаций, главных внештатных специалистов Министерства и опубликовать на официальном сайте Министерства.

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

9. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Чеченской Республики Саратову Э.С.

Министр



А.Р. Алханов

Приложение № 1  
к приказу Минздрава ЧР  
от «17» 01 2024 г. № 7

**Положение**  
**о комиссии Министерства здравоохранения Чеченской Республики**  
**по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской**  
**помощи с применением единой государственной информационной**  
**системы в сфере здравоохранения (взрослое население, за исключением**  
**профилей «акушерство» и «гинекология»)**

**1. Общие положения**

1. Комиссия Министерства здравоохранения Чеченской Республики по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (взрослое население, за исключением профилей «акушерство» и «гинекология») (далее соответственно – Комиссия, Министерство) является коллегиальным органом, созданным с целью отбора пациентов – жителей Чеченской Республики, нуждающихся в оказании высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП), для направления в медицинские организации, оказывающие ВМП гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований (далее – медицинские организации, оказывающие ВМП), путем применения Информационно-аналитической системы Министерства здравоохранения Российской Федерации» (далее соответственно – специализированная информационная система, Минздрав России).

**2. Полномочия Комиссии**

2.1. Отбор пациентов – жителей Чеченской Республики для направления в медицинские организации, оказывающие ВМП гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований.

2.2. Координация деятельности медицинских организаций, подведомственных Министерству (далее – медицинская организация), главных штатных и внештатных специалистов Министерства по вопросам организации отбора и оказания пациентам ВМП.

2.3. Взаимодействие с медицинскими организациями, оказывающими ВМП, по вопросам организации оказания жителям Чеченской Республики ВМП.

2.4. Ведение мониторинга ВМП жителям Чеченской Республики в медицинских организациях, оказывающих ВМП.

### **3. Права Комиссии**

3.1. Рассматривать на заседаниях Комиссии медицинскую документацию пациентов:

направленную медицинскими организациями, в которых проходят лечение и наблюдение пациенты, в том числе посредством электронного взаимодействия;

представленную пациентами лично или их законными представителями.

3.2. Принимать решение о наличии (отсутствии) показаний для планового направления пациентов в медицинские организации, оказывающие ВМП, с целью оказания ВМП.

3.3. Принимать решение о необходимости оформления талона на оказание ВМП в подсистеме мониторинга реализации государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета для пациентов, госпитализированных в медицинские организации по экстренным медицинским показаниям, при наличии соответствующих уведомлений со стороны руководителей медицинских организаций, участвующих в выполнении государственного задания.

3.4. Привлекать к работе главных штатных и внештатных специалистов Министерства по профилю заболевания пациентов с целью определения наличия/отсутствия показаний для оказания ВМП, а также выбора медицинских организаций, в которых пациентам может быть оказана необходимая медицинская помощь.

3.5. Направлять пациентов в медицинские организации для проведения дополнительных обследований в соответствии с утвержденным Минздравом России перечнем клинико-диагностических исследований, проводимых при подготовке пациентов для направления в медицинские организации с целью оказания ВМП.

3.6. Давать рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению пациентов в случае отсутствия показаний для направления в медицинские организации с целью оказания ВМП.

3.7. Рассматривать спорные вопросы отбора и организации оказания ВМП, в случае необходимости приглашать на заседания Комиссии пациентов, лечащих врачей.

3.8. Запрашивать в установленном порядке у руководителей медицинских организаций, оказывающих ВМП гражданам Российской Федерации, информацию, необходимую для решения вопросов, относящихся к компетенции Комиссии.

### **4. Организация работы Комиссии**

4.1. Заседания Комиссии проводятся два дня в неделю: вторник и четверг.

4.2. Основанием для рассмотрения на заседании Комиссии вопроса о плановом направлении пациентов в медицинскую организацию, оказывающую ВМП, является комплект документов:

направленных медицинскими организациями, в которых проходят лечение и наблюдение пациенты, в том числе посредством электронного взаимодействия;

представленных пациентами лично или их законными представителями.

4.3. Комплект документов должен состоять из:

4.3.1. Направления на госпитализацию для оказания ВМП на бланке направляющей медицинской организации, которое должно содержать следующие сведения:

фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, дату его рождения, адрес регистрации по месту жительства (пребывания);

номер полиса обязательного медицинского страхования и название страховой медицинской организации (при наличии);

документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета (при наличии);

код диагноза основного заболевания по МКБ-Х;

профиль, наименование вида ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП, показанного пациенту;

наименование медицинской организации, оказывающей ВМП, в которую направляется пациент;

фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача, контактный номер телефона (при наличии), адрес электронной почты (при наличии).

4.3.2. Письменного заявления пациента, содержащего следующие сведения:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

дата рождения;

реквизиты документа, удостоверяющего личность и гражданство;

адрес места жительства/места пребывания;

почтовый адрес для направления писем и уведомлений;

контактный номер телефона (при наличии);

адрес электронной почты (при наличии);

4.3.3. Заявления о согласии на обработку персональных данных;

4.3.4. Копий:

документа, удостоверяющего личность пациента;

полиса обязательного медицинского страхования пациента;

документа, подтверждающего регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета;

выписки из медицинской документации пациента с печатью и подписью руководителя медицинской организации по месту лечения и наблюдения пациента, содержащей диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-Х, сведения о состоянии здоровья пациента, результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих

установленный диагноз и необходимость оказания высокотехнологичной медицинской помощи;

документа о результатах лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз.

4.3.5. В случае обращения от имени пациента его законного представителя в письменном заявлении дополнительно указываются следующие данные:

фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя;

дата рождения законного представителя;

реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя;

адрес места жительства/места пребывания законного представителя;

документ, подтверждающий полномочия законного представителя;

контактный номер телефона законного представителя (при наличии);

дополнительно к письменному заявлению прилагаются копия паспорта законного представителя и копия документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента (заверенная в установленном законодательством Российской Федерации порядке доверенность на имя доверенного лица пациента).

4.4. При отсутствии в представленной выписке из медицинской документации пациента результатов лабораторных, инструментальных, рентгенологических и других исследований, необходимых для принятия решения о наличии (отсутствии) показаний для планового направления пациента в медицинские организации, оказывающие ВМП, Комиссия обеспечивает направление пациента в медицинские организации для проведения дополнительного обследования в соответствии с утвержденным Минздравом России перечнем клинико-диагностических исследований, проводимых при подготовке пациентов для направления в медицинские организации, оказывающие ВМП.

4.5. Срок подготовки решения Комиссии о наличии (отсутствии) медицинских показаний для направления пациента в медицинские организации, оказывающие ВМП, не должен превышать десяти рабочих дней со дня поступления в Комиссию комплекта документов, предусмотренного настоящим Положением.

4.6. Решение Комиссии оформляется протоколом, содержащим следующие сведения:

основание создания Комиссии (реквизиты нормативного правового акта);

состав Комиссии;

данные пациента в соответствии с документом, удостоверяющим личность (ФИО, дата рождения, данные о месте жительства/месте пребывания;

диагноз;

заключение Комиссии, содержащее следующую информацию:

1) о наличии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию, оказывающую ВМП, диагноз, код диагноза по МКБ-Х, код вида ВМП в соответствии с Перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, наименование медицинской организации, оказывающей ВМП, в которую направляется пациент;

2) об отсутствии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию, оказывающую ВМП;

3) о наличии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию с целью проведения дополнительного обследования (с указанием необходимого объема обследования), диагноз, код диагноза по МКБ-Х, наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для проведения обследования.

4.7. В случае принятия Комиссией решения о наличии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию, оказывающую ВМП, председатель Комиссии обеспечивает:

оформление на пациента Талона на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по учетной форме № 025/у-ВМП, утвержденной приказом Минздрава России от 30 января 2015 года № 29н «О формах статистического учета, используемых при организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы, порядка их заполнения и сроках предоставления» в течение трех рабочих дней со дня принятия решения;

согласование с медицинской организацией, оказывающей ВМП, предполагаемой даты госпитализации пациента для оказания ВМП с применением специализированной информационной системы;

направление пациента в медицинскую организацию, оказывающую ВМП, в запланированный срок.

4.8. В случае принятия Комиссией решения о наличии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию с целью проведения дополнительного обследования председатель Комиссии обеспечивает направление пациента на проведение лабораторных, инструментальных и других видов исследований в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации.

4.9. Протокол решения Комиссии подлежит хранению в Министерстве в течение 10 лет.

4.10. В случае отсутствия плановых объемов ВМП, предусмотренных в рамках утвержденного государственного задания по профилю заболевания пациента, Комиссия обеспечивает внесение информации о пациенте в лист ожидания оказания ВМП.

4.11. Комиссия обеспечивает ведение учетно-отчетной документации мониторинга оказания ВМП жителям Чеченской Республики по формам, утвержденным Минздравом России.





Приложение № 2  
к приказу Минздрава ЧР  
от « 17 » 01 2024 г. № 7

**Состав**  
**комиссии Министерства здравоохранения Чеченской Республики**  
**по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской**  
**помощи с применением единой государственной информационной**  
**системы в сфере здравоохранения (взрослое население, за исключением**  
**профилей «акушерство» и «гинекология»)**

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Председатель комиссии             |   |
| Саратова Э.С.                     | заместитель министра здравоохранения Чеченской Республики   |
| Заместители председателя комиссии |   |
| Хатаев Р.Л.                       | директор департамента лечебно-профилактической помощи населению Министерства здравоохранения Чеченской Республики                 |
| Шамилев А.Г.                      | начальник отдела по организации специализированной медицинской помощи населению Министерства здравоохранения Чеченской Республики |
| Секретарь комиссии                |   |
| Дураев Ш.Х.                       | программист информационно-аналитического отдела ГБУ «Республиканская клиническая больница им. Ш.Ш. Эпендиева»                     |
| Члены комиссии                    |   |
| Мудеев А.И.                       | главный внештатный специалист сосудистый хирург Министерства здравоохранения Чеченской Республики                                 |
| Ясакова З.З.                      | главный внештатный специалист гематолог Министерства здравоохранения Чеченской Республики   |
| Элимбаев Р.Р.                     | главный внештатный специалист комбустиолог Министерства здравоохранения Чеченской Республики                                      |
| Батукаева Л.А.                    | главный внештатный специалист невролог Министерства здравоохранения Чеченской Республики  |
| Умаров Р.М.                       | главный внештатный специалист нейрохирург Министерства здравоохранения Чеченской Республики                                       |
| Ахматханов Х.У.                   | главный внештатный специалист онколог Министерства здравоохранения Чеченской Республики   |
| Абдулхаджиева Л.Р.                | главный внештатный специалист оториноларинголог Министерства здравоохранения Чеченской Республики                                 |
| Митаев И.А.                       | главный внештатный специалист офтальмолог Министерства здравоохранения Чеченской Республики                                       |
| Бацигов Х.А.                      | главный внештатный специалист аритмолог Министерства здравоохранения Чеченской Республики   |

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Ибрагимов М.А.          | главный внештатный специалист кардиолог<br>Министерства здравоохранения Чеченской Республики                        |
| Ибриев С.С.-А.          | главный внештатный специалист торакальный хирург<br>Министерства здравоохранения Чеченской Республики               |
| Дильмаханов Х.Х.        | главный внештатный специалист травматолог-ортопед<br>Министерства здравоохранения Чеченской Республики              |
| Ахматукаев А.-Х.З.      | главный внештатный специалист уролог<br>Министерства здравоохранения Чеченской Республики                           |
| Чалаева М.И.            | главный внештатный специалист челюстно-лицевой<br>хирург Министерства здравоохранения Чеченской<br>Республики       |
| Исаева У.С.             | главный внештатный специалист эндокринолог<br>Министерства здравоохранения Чеченской Республики                     |
| Сосоева М.В.            | главный внештатный специалист дерматовенеролог<br>Министерства здравоохранения Чеченской Республики                 |
| Казбеков Л.-А.Л.        | главный внештатный специалист хирург<br>Министерства здравоохранения Чеченской Республики                           |
| Хаджимагомадова<br>З.С. | врач-статистик ГБУ «Республиканский<br>наркологический диспансер»   |
| Батаев З.М.             | программист информационно-аналитического отдела<br>ГБУ «Республиканская клиническая больница им.<br>Ш.Ш. Эпендиева» |

Приложение № 3  
к приказу Минздрава ЧР  
от «17» 01 2024 г. № 7  
(Форма)

Председателю комиссии  
Министерства здравоохранения  
Чеченской Республики по отбору  
пациентов на оказание высокотехнологичной  
медицинской помощи с применением единой  
государственной информационной системы в  
сфере здравоохранения (взрослое население,  
за исключением профилей «акушерство» и  
«гинекология»)

**Заявление о направлении в медицинскую организацию с целью оказания  
высокотехнологичной медицинской помощи**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

прошу Вас рассмотреть мои медицинские документы на наличие/отсутствие медицинских показаний для планового направления в медицинскую организацию с целью оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

1. Дата рождения: \_\_\_\_\_

2. Документ удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

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

3. Адрес места жительства/места пребывания: \_\_\_\_\_

4. Почтовый адрес для направления писем и уведомлений: \_\_\_\_\_

5. Контактный номер телефона (при наличии): \_\_\_\_\_

6. Адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_

7. Сведения о законном представителе: \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)

8. Дата рождения: \_\_\_\_\_

9. Документ, удостоверяющий личность и гражданство: \_\_\_\_\_

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

10. Адрес места жительства/места пребывания: \_\_\_\_\_

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя: \_\_\_\_\_

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

12. Контактный номер телефона (при наличии): \_\_\_\_\_

**ПРИМЕЧАНИЕ:** пункты с 7 по 12 заполняются в случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Приложение № 4  
к приказу Минздрава ЧР  
от «14» 01 2024 г. № 7  
(Форма)

Председателю комиссии  
Министерства здравоохранения  
Чеченской Республики по отбору  
пациентов на оказание высокотехнологичной  
медицинской помощи с применением единой  
государственной информационной системы в  
сфере здравоохранения (взрослое население,  
за исключением профилей «акушерство» и  
«гинекология»)

**Заявление о согласии на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

даю согласие Министерству здравоохранения Чеченской Республики на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

1. Дата рождения: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

2. Пол: \_\_\_\_\_  
(женский, мужской - указать нужное)

3. Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

4. Адрес места жительства (места пребывания): \_\_\_\_\_

5. Контактный номер телефона (при наличии): \_\_\_\_\_

6. Наименование страховой медицинской организации, серия и номер полиса обязательного медицинского страхования: \_\_\_\_\_

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): \_\_\_\_\_

8. Сведения о законном представителе: \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)

9. Дата рождения: \_\_\_\_\_

10. Документ, удостоверяющий личность и гражданство: \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

11. Адрес места жительства/места пребывания: \_\_\_\_\_

12. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя: \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

13. Контактный номер телефона (при наличии): \_\_\_\_\_

**ПРИМЕЧАНИЕ:** пункты с 8 по 13 заполняются в случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

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

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

Срок действия заявления один год с даты подписания.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Заявление и документы пациента: \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента)

зарегистрированы в: \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

Принял: \_\_\_\_\_  
(дата приема заявления) (ФИО, подпись специалиста)

-----  
(линия отреза)

### Расписка-уведомление

Заявление и документы пациента: \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента)

зарегистрированы в: \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

Принял: \_\_\_\_\_  
(дата приема заявления) (ФИО, подпись специалиста)

Контактный номер телефона: \_\_\_\_\_

Приложение № 5  
к приказу Минздрава ЧР  
от « 17 » 01 2024 г. № 7  
(Форма)

## ПРОТОКОЛ

от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

№ \_\_\_\_\_

решения комиссии Министерства здравоохранения Чеченской Республики по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (взрослое население, за исключением профилей «акушерство» и «гинекология») согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 октября 2019 года № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения», постановления Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2023 года № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» и постановления Правительства Чеченской Республики от 28 декабря 2017 года № 310 «Об утверждении Порядка финансового обеспечения оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет средств республиканского бюджета гражданам Российской Федерации, проживающим на территории Чеченской Республики, и Порядка формирования перечня медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации, проживающим на территории Чеченской Республики».

Комиссия рассмотрела медицинские документы пациента: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Диагноз: \_\_\_\_\_

код по МКБ -X: \_\_\_\_\_

Заключение комиссии: \_\_\_\_\_

необходимость в ВМП:  нуждается (не нуждается) (нужное подчеркнуть)

источник финансирования: \_\_\_\_\_

код вида ВМП: \_\_\_\_\_ раздел: \_\_\_\_\_ группа: \_\_\_\_\_

наименование МО: \_\_\_\_\_

Комментарии: \_\_\_\_\_

Председатель комиссии: \_\_\_\_\_

Заместитель председателя комиссии: \_\_\_\_\_

Члены комиссии: \_\_\_\_\_

Главный внештатный специалист (по профилю): \_\_\_\_\_

Секретарь комиссии: \_\_\_\_\_

Перечень

клинико-диагностических исследований, проводимых при подготовке пациентов для направления в медицинские организации с целью оказания высокотехнологичной медицинской помощи

| № п/п | Профиль ВМП       | Необходимые лабораторные исследования  | Срок действия | Необходимые инструментальные и другие обследования   | Срок действия |
|-------|-------------------|--|---------------|--|---------------|
| 1     | Хирургия          | Анализ крови и мочи (*; **; ***; ****)   |               | ЭКГ  | 14 дней       |
|       |                   | Цитологические и гистологические исследования материала биопсий  | 14 дней       |  |               |
|       |                   | Дополнительно для детей: бактериологический анализ кала на кишечную группу   | 7 дней        | Ультразвуковые, эндоскопические и рентгенологические исследования, КТ и МРТ***** в зависимости от планируемого объема оказания ВМП | 14 дней       |
|       |                   | исследование на дифтерию   | 10 дней       |  |               |
|       |                   | справка об отсутствии контактов с инфекциями   | -             |  |               |
|       |                   | карта профилактических прививок  | -             | ЭКГ  | 14 дней       |
| 2     | Гастроэнтерология | Анализ крови и мочи (*; **; ***; ****)   |               |  |               |
|       |                   | Биохимический анализ крови: общий белок, мочевины, креатинин, общий билирубин, прямой билирубин, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, глюкоза, триглицериды, холестерин, железо, трансферрин, железосвязывающая способность сыворотки крови коагулограмма, у пациентов с сахарным диабетом - гликированный гемоглобин (HbA1C);<br>Анализ на паразитарные инфекции | 14 дней       | Фиброгастроскопия;<br>ирригоскопия;<br>УЗИ брюшной полости   | 1 мес.        |



|   |                    |   |         |  |                       |
|---|--------------------|---|---------|--|-----------------------|
| 3 | Гематология        | <p>Анализ крови с подсчетом тромбоцитов и дифференцировкой лейкоцитов не менее чем по 5 показателям;</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок, мочевины, креатинин, общий билирубин, прямой билирубин, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, глюкоза, триглицериды, холестерин, коагулограмма, у пациентов с сахарным диабетом - гликированный гемоглобин (HbA1C);</p> <p>Группа крови и резус-фактор, реакция микропреципитации, на маркеры вирусного гепатита В, на маркеры вирусного гепатита С, исследование на ВИЧ-инфекцию; общий анализ мочи</p> | 14 дней | <p>ЭКГ</p> <p>Стернальная пункция</p>  | 14 дней<br><br>1 мес. |
| 4 | Дерматовенерология | <p>Анализ крови с подсчетом тромбоцитов и дифференцировкой лейкоцитов не менее чем по 5 показателям;</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок, мочевины, креатинин, общий билирубин, прямой билирубин, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, глюкоза, триглицериды, холестерин, коагулограмма, у пациентов с сахарным диабетом - гликированный гемоглобин (HbA1C);</p> <p>группа крови и резус-фактор, реакция микропреципитации, на маркеры вирусного гепатита В, на маркеры вирусного гепатита С,</p>   | 14 дней | <p>ЭКГ</p> <p>Ультразвуковые и рентгенологические исследования в зависимости от планируемого объема оказания ВМП</p> | 14 дней<br><br>1 мес. |

|   |                                   |   |                           |  |                       |
|---|-----------------------------------|---|---------------------------|--|-----------------------|
|   |                                   | <p>исследование на ВИЧ-инфекцию;<br/> общий анализ мочи<br/> туберкулиновая проба;<br/> посевы из зева и кожи на флору и<br/> чувствительность к антибиотикам в<br/> период обострения</p>  | <p>6 мес.<br/> 3 мес.</p> |  |                       |
| 5 | Комбустиология                    | <p>Анализ крови с подсчетом<br/> тромбоцитов и дифференцировкой<br/> лейкоцитов не менее чем по 5<br/> показателям;<br/> Биохимический анализ крови: общий<br/> белок, мочевины, креатинин, общий<br/> билирубин, прямой билирубин, АЛТ,<br/> АСТ, щелочная фосфатаза, глюкоза,<br/> триглицериды, холестерин,<br/> коагулограмма, у пациентов с<br/> сахарным диабетом - гликированный<br/> гемоглобин (HbA1C);<br/> Группа крови и резус-фактор,<br/> реакция микрореципитации,<br/> на маркеры вирусного гепатита В,<br/> на маркеры вирусного гепатита С,<br/> исследование на ВИЧ-инфекцию;<br/> общий анализ мочи</p> | 3 суток                   | <p>ЭКГ;<br/> Рентген легких;<br/> эзофагогастродуоденоскопия (при ожогах<br/> более 30% п.т.);<br/> Бронхоскопия (при ингаляционном<br/> поражении)</p>  | 3 суток               |
| 6 | Неврология<br>(нейрореабилитация) | <p>Анализ крови с подсчетом<br/> тромбоцитов и дифференцировкой<br/> лейкоцитов не менее чем по 5<br/> показателям;<br/> Биохимический анализ крови: общий<br/> белок, мочевины, креатинин, общий<br/> билирубин, прямой билирубин, АЛТ,<br/> АСТ, щелочная фосфатаза, глюкоза,<br/> триглицериды, холестерин,<br/> коагулограмма, у пациентов с</p>  | 14 дней                   | <p>ЭКГ<br/> Электронейромиография;<br/> Электронцефалография;<br/> Ультразвуковая доплерография с<br/> дуплексным сканированием<br/> магистральных артерий шеи и головы;<br/> КТ и/или МРТ головного или спинного<br/> мозга</p> | 14 дней<br><br>1 мес. |

|   |               |   |         |   |         |
|---|---------------|---|---------|---|---------|
|   |               | сахарным диабетом - гликированный гемоглобин (HbA1C);<br>Группа крови и резус-фактор, реакция микропреципитации, на маркеры вирусного гепатита В, на маркеры вирусного гепатита С, исследование на ВИЧ-инфекцию;<br>общий анализ мочи   |         |   |         |
|   |               | Анализ крови и мочи (*; **; ***; ****)  |         | ЭКГ   | 30 дней |
| 7 | Нейрохирургия | Анализ крови на D-димер <sup>+</sup> (для пациентов с подозрением на тромбообразование);<br>Гормональные исследования – пролактин, СТГ, ИРФ-1, свободный Т4, кортизол (для пациентов с подозрением на заболевание гипоталамо-гипофизарной системы)                                |         | Ультразвуковые, эндоскопические и рентгенологические исследования в зависимости от планируемого объема оказания ВМП;<br>КТ и МРТ***** с контрастом и без контраста, спиральная или МРТ ангиография (при заболеваниях сосудов головного мозга);<br>Электронцефалография;<br>УЗИ вен нижних конечностей (для пациентов с подозрением на тромбообразование, флебиты) |         |
| 8 | Онкология     | Анализ крови и мочи (*; **; ***; ****)<br>Анализ крови на ГТТ, ЛДГ;<br>Исходные уровни основных серологических опухолеассоциированных маркеров и иммуноглобулинов в соответствии с локализацией опухоли и ее предполагаемого гистологического типа: рак молочной железы (СА 15-3, | 14 дней | ЭКГ;<br>Эхокардиография;<br>ФВД (для больных имеющих легочную недостаточность);<br>Рентгенография легких (обязательно всем);<br>КТ / МРТ в зависимости от локализации заболевания;<br>Ультразвуковые, эндоскопические и рентгенологические исследования в   | 30 дней |

|   |  |         |   |         |
|---|--|---------|---|---------|
|   | <p>РЭА); опухоли яичников – эпителиальные (CA 125, СА 72-4), рак предстательной железы (ПСА общий, ПСА общий / ПСА свободный); рак щитовидной железы - фолликулярный, папиллярный (Тиреоглобулин, ТТГ), медулярный (кальцитонин)</p> <p>определение кариотипа опухолевых клеток крови и костного мозга.</p> <p>Дополнительно для детей:<br/>Альфа-фета протеин (герминогенные опухоли, опухоли печени, тератобластома);<br/>Нейроспецифическая енолаза (нейробластома)</p> |         | <p>зависимости от планируемого объема оказания ВМП;<br/>ЭЭГ (опухоли мозга);<br/>Морфологическое (гистологическое и цитологическое) подтверждение характера опухолевого процесса, стекла биоптатов опухоли (для консультации обязательно сырой материал - блоки);<br/>При необходимости:<br/>иммуногистологическое и иммуноцитологические, иммунофенотипирование.<br/>Дополнительно для детей:<br/>исследование пунктата (биоптата костного мозга) при лимфопролиферативных заболеваниях.</p>           | 14 дней |
| 9 | <p>Анализы крови и мочи (*; **; ***; ****)</p> <p>при необходимости: посевы из носоглотки, крови на бактериальную и грибковую микрофлору и чувствительность к антибиотикам</p> <p>Дополнительно для детей:<br/>соскоб на энтеробиоз</p>  | 14 дней | <p>ЭКГ;</p> <p>Ларингоскопия;<br/>Аудиологическое исследование (тональная аудиометрия; Импедансометрия/тимпанометрия; регистрация отоакустической эмиссии; регистрация коротколатентных слуховых вызванных потенциалов; электроаудиометрия – по показаниям; ультразвуковые и рентгенологические исследования;<br/>КТ и/или МР томография в зависимости от планируемого объема оказания ВМП; Консультация врача-офтальмолога по показаниям;<br/>При необходимости проведения кохлеарной имплантации:</p> | 30 дней |

|    |               |  |                             |   |                 |  |
|----|---------------|--|-----------------------------|---|-----------------|--|
|    |               |  |                             | <p>электроэнцефалография;<br/>КТ височных костей с визуализацией улитки;<br/>консультация врача-невролога;<br/>характеристика сурдопедагога ASSR – по показаниям</p>  |                 |  |
|    |               | Анализы крови и мочи (*, **, ***, ****)  |                             | ЭКГ   | 14 дней         |  |
|    |               | Исследование крови на галактоземию (при врожденной катаракте);<br>Электролиты крови  | 14 дней                     | Рентгенологическое исследование орбит и КТ и МРТ орбит в зависимости от планируемого объема оказания ВМП;<br>Внутриглазное давление   | 30 дней         |  |
|    |               | Дополнительно для детей:<br>анализы крови и мочи (***, детям до 1 года – анализ матери)<br>анализ кала на яйца глистов<br>бактериологический анализ кала на кишечную группу (детям до 3-х лет)<br>соскоб на энтеробиоз | 3 мес.<br>7 дней<br>14 дней | Офтальмоскопия, визометрия, периметрия, определение рефракции, биомикроскопия, офтальмометрия, гониоскопия.<br>Тонометрия; тонография; мониторинг ВГД; электрофизиологические методы исследования (порог, лабильность);<br>УЗ биометрия;<br>УЗИ глазного яблока;<br>эхография с размерами внутриглазной опухоли (по показаниям);<br>ОКТ переднего и заднего отделов глаз;<br>Лазерная ретинотомография (по показаниям);<br>Рентгенография глазного яблока с протезом-индикатором Комберга-Балтина (по показаниям);<br>УЗИ печени (при злокачественных новообразованиях) |                 |  |
| 10 | Офтальмология | Исследование крови на токсоплазмоз, цитомегаловирус (при врожденной патологии глаза и орбиты)  | 21 день                     | Рентгенография придаточных пазух носа с описанием<br>консультация ЛОР   | 1 год<br>1 мес. |  |

|    |                              |  |  |   |         |
|----|------------------------------|--|--|---|---------|
|    |                              |  |  | Консультация кардиолога, эндокринолога  | 10 дней |
|    |                              |  |  | Консультация невролога: при наличии в анамнезе инсульта   | 30 дней |
|    |                              |  |  | консультация невролога у детей  | 14 дней |
|    |                              |  |  | ЭКГ   | 14 дней |
| 11 | Ревматология                 |  | Анализ крови и мочи (*; **; ***; ****)   | Эхокардиография (с результатами предыдущих исследований);<br>Ультразвуковые, эндоскопические и рентгенологические исследования в зависимости от планируемого объема оказания ВМП;<br>Эзофагогастродуоденоскопия;<br>Электронейромиография | 1 мес.  |
|    |                              |  | Иммуннологические исследования: ревматоидный фактор, антинуклеарный фактор, иммунологический анализ крови с определением уровня иммуноглобулинов А, М, G, СРБ  |   |         |
|    |                              |  | Исследование на дифтерию   | 14 дней   | 10 дней |
| 12 | Сердечно-сосудистая хирургия |  | Анализ крови и мочи (*; **; ***; ****)   | Эхокардиография;<br>Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях (передней, левой боковой) с описанием   | 30 дней |
|    |                              |  | Агрегация тромбоцитов;<br>Гормоны щитовидной железы (для взрослых);<br>При показаниях: посев из носоглотки, крови и мочи на бактериальную и грибковую микрофлору;<br>Определение иммунного статуса;<br>Большим с ревматическим пороком сердца АСК и АСК, ЦИК, ВНР, МНО;<br>Антитела к миокарду при кардиомиопатиях и миокардитах |   |         |
|    |                              |  | Дополнительно для детей:<br>Анализ кала на яйца глистов  | 14 дней   | 14 дней |
|    |                              |  | 3 мес.   | Сцинтиграфия миокарда (по показаниям, в зависимости от планируемого вида  | 30 дней |

|    |  |         |   |         |
|----|--|---------|---|---------|
|    |  |         | ВМП)  |         |
|    | Бактериологический анализ кала на кишечную группу  | 7 дней  | Дуплексное сканирование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий; Артерий подвздошно-бедренного сегмента   | 14 дней |
|    |  |         | Дуплексное сканирование сосудов верхних (ладонные дуги) и нижних конечностей, органов брюшной полости (взрослым больным); ФВД (больным с бронхолегочной патологией)   | 6 мес.  |
|    |  |         | Фиброзофагогастродуоденоскопия с заключением об отсутствии эрозивных, язвенных и геморрагических поражений (больным старше 18-ти лет)   | 14 дней |
|    | Анализ кала на дисбактериоз кишечника;<br>Мазок из зева и носа на чувствительность к антибиотикам;<br>Анализ крови на внутриутробную и паразитарную инфекцию (дети до 3-х лет) | 14 дней | Коронароангиография и ангиография передней внутригрудной артерии (больным с ИБС, мужчинам старше 40 лет, женщинам с момента менопаузы); Ангиография и левая вентрикулография (больным с аневризмой ЛЖ); Ангиография почечных артерий (больным с артериальной гипертензией); Ангиография аорты и периферических артерий (сосудистым больным); Компьютерная томография легочных вен (больным с фибрилляцией предсердий); МРТ головного мозга (больным после острых мозговых нарушений и черепно-мозговых травм); Консультация уролога (для мужчин), оториноларинголога, невролога | 30 дней |
| 13 | Торакальная хирургия   |         | ЭКГ   | 14 дней |

|    |   |   |         |  |         |
|----|---|---|---------|--|---------|
|    | ****);  |   |         | Эхокардиография;<br>Рентгенологическое исследование органов грудной клетки; бронхоскопия; Спироэргометрия;<br>Сцинтиграфия легких (по показаниям, в зависимости от планируемого вида ВМП);<br>КТ и МРТ**** в зависимости от планируемого объема и вида оказания ВМП;<br>УЗИ органов брюшной полости; плевральной полости и средостения; эндоскопическое исследование трахеобронхиального дерева с биопсией;<br>Рентгенологический архив за прошлые годы (снимки или диск). | 30 дней |
|    | Цитологические и гистологические исследования материала биопсий | 14 дней   |         |  |         |
|    | Анализ крови и мочи (*; **; ***; ****)                          |   |         | ЭКГ  | 14 дней |
| 14 | Травматология и ортопедия                                       | Исследования ревматоидных факторов при коксартрозе;<br>Анализ для определения остеопороза;<br>Анализ на специфические инфекции (ПЦР) при патологии суставов;                              | 30 дней | Рентгенологическое исследование;<br>Сцинтиграфическое исследование костей (по показаниям, в зависимости от планируемого вида ВМП);<br>Артроскопия;<br>КТ и МРТ**** в зависимости от планируемого объема и вида оказания ВМП;   | 30 дней |
|    |   | Бактериологические исследования раневого и гнойного отделяемого, раневого отделяемого; определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим препаратам (при остеомиелите) | 14 дней | Дуплексное сканирование сосудов; УЗИ костей, суставов, нервов и сухожилий;<br>УЗДГ нижних конечностей;<br>Электронейромиография;<br>Денситометрия  | 30 дней |
| 15 | Трансплантация  | Анализ крови и мочи (*; **; ***; ****)  |         | Эхокардиография;   | 14 дней |



|  |   |         |  |  |   |         |
|--|---|---------|--|--|---|---------|
|  |   |         |  |  | Рентгенография грудной клетки;<br>УЗИ брюшной полости и почек;<br>Эзофагогастродуоденоскопия<br>(для всех видов трансплантации)   |         |
|  | ****) (для всех видов трансплантации)   |         |  |  |   |         |
|  | При трансплантации почки: анализ мочи по Нечипоренко;<br>Суточная протеинурия   | 14 дней |  |  | При трансплантации почки: доплерография подвздошных сосудов   | 30 дней |
|  | При трансплантации поджелудочной железы, поджелудочной железы и почки: гликемический профиль; С-пептид;<br>Суточная протеинурия                       | 14 дней |  |  | При трансплантации поджелудочной железы, поджелудочной железы и почки: доплерография подвздошных сосудов  | 30 дней |
|  | При трансплантации печени: развернутая коагулограмма (протромбиновый индекс, АЧТВ, фибриноген, антитромбин III, тромбоциты, агрегация тромбоцитов)    | 14 дней |  |  | При трансплантации печени: магнитно-резонансная томография или спиральная компьютерная томография брюшной полости   | 30 дней |
|  | При трансплантации тонкой кишки: посев из носоглотки, крови и мочи, на бактериальную и грибковую микрофлору;<br>Анализ кала на дисбактериоз кишечника | 14 дней |  |  | При трансплантации тонкой кишки: магнитно-резонансная томография или спиральная компьютерная томография брюшной полости;<br>ангиография сосудов органов брюшной полости;<br>пассаж бариевой взвеси.   | 30 дней |
|  | При трансплантации сердца: развернутая коагулограмма (протромбиновый индекс, АЧТВ, фибриноген, антитромбин III, тромбоциты, агрегация тромбоцитов)    | 14 дней |  |  | При трансплантации сердца: коронарография (для лиц старше 40 лет); исследование функции внешнего дыхания;<br>инвазивное исследование гемодинамики малого круга: давление правого предсердия, давление легочной артерии (систолическое, диастолическое, среднее), заклинивающее давление легочной артерии, сердечный | 30 дней |

|  |   |  |  |   |                               |
|--|---|--|--|---|-------------------------------|
|  |   |  |  | <p>выброс/индекс, транспульмональный градиент, легочное сосудистое сопротивление;</p> <p>Сцинтиграфия миокарда (по показаниям, в зависимости от планируемого вида ВМП);</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях (прямая и боковая);</p> <p>Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий;</p> <p>Дуплексное сканирование артерий подвздошно-бедренного сегмента (при трансплантации сердца).</p>  |                               |
|  | <p>При трансплантации легких, сердечно-легочного комплекса: развернутая коагулограмма (протромбиновый индекс, АЧТВ, фибриноген, антиромбин III, тромбоциты, агрегация тромбоцитов</p> |  |  | <p>При трансплантации легких, сердечно-легочного комплекса: коронарография (для лиц старше 40 лет); исследование функции внешнего дыхания;</p> <p>инвазивное исследование гемодинамики малого круга: давление правого предсердия, давление легочной артерии (систолическое, диастолическое, среднее), заклинивающее давление легочной артерии, сердечный выброс/индекс, транспульмональный градиент, легочное сосудистое сопротивление;</p> <p>сцинтиграфия легких (по показаниям, в зависимости от планируемого вида ВМП);</p> <p>рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях (прямая и боковая);</p> <p>дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий; артерий</p> | <p>14 дней</p> <p>30 дней</p> |

|    |          |  |         |   |                    |
|----|----------|--|---------|---|--------------------|
|    |          | <p>При трансплантации костного мозга: посев из носоглотки, крови и мочи, на бактериальную и грибковую микрофлору; молекулярно-биологическое исследование крови на цитомегаловирус, вирус герпеса, вирус Эпштейна-Барра; определение аутоантител (по показаниям); клубочковая фильтрация; суточная протеинурия; HLA-типирование (при аллогенной трансплантации); морфологическое исследование костного мозга (миелограмма); гистологическое исследование биоптата костного мозга (трепанобиопсия); иммунофенотипирование костного мозга; цитогенетическое исследование клеток костного мозга; молекулярно-генетическое исследование костного мозга</p> <p>Анализы крови и мочи (*, **, ***, ****)</p> | 14 дней | <p>подвздошно-бедренного сегмента; компьютерная томография органов грудной клетки</p> <p>При трансплантации костного мозга: исследование механики дыхания, газообмена; рентгенография грудной полости; УЗИ; компьютерная томография (по показаниям)</p> | 30 дней            |
| 16 | Урология | <p>По показаниям: посев крови и мочи на бактериальную и грибковую микрофлору и чувствительность к антибиотикам;</p>  | 14 дней | <p>ЭКГ</p> <p>УЗИ почек, обзорная урография; Ультразвуковые и рентгенологические исследования в зависимости от планируемого объема оказания ВМП;</p>  | 14 дней<br>30 дней |

|    |                           |   |         |  |         |         |
|----|---------------------------|---|---------|--|---------|---------|
|    |                           | Анализ секрета простаты (при хр. простатите, склерозе предстательной железы);<br>Клубочковая фильтрация, суточная протеинурия.        |         | Уретрография, микционная цистография - по показаниям;<br>Экскреторная урография;<br>ТРУЗИ простаты (при заболеваниях предстательной железы);<br>Урофлоуметрия (при заболеваниях нижних мочевых путей);<br>Уродинамическое исследование;<br>Компьютерная томография (по показаниям в зависимости от вида ВМП);<br>КТ и МРТ в зависимости от планируемого объема и вида оказания ВМП;<br>Магнитно-резонансная томография (по показаниям в зависимости от вида ВМП);<br>Дуплексное сканирование артерий полового члена (для мужчин, по показаниям в зависимости от вида ВМП);<br>Кавернозография (для мужчин, по показаниям в зависимости от вида ВМП). |         |         |
|    |                           | Анализы крови и мочи (*; **;<br>***. ****)  |         | ЭКГ  | 14 дней |         |
| 17 | Челюстно-лицевая хирургия | Электролиты: Na, K;<br>Гистологические исследования (препаратов);<br>Анализ микрофлоры полости рта на чувствительность к антибиотикам | 14 дней | Рентгенографическое исследование;<br>Сцинтиграфическое исследование костей черепа и лица, зубов (по показаниям, в зависимости от планируемого вида ВМП);<br>МРТ и КТ исследование;<br>Эндоскопическое исследование носоглотки и гортани;<br>Ортодонтическая подготовка перед операцией;<br>Эхоosteометрия;<br>Электроодонтометрия;   |         | 30 дней |

|    |                |   |   |  |         |        |
|----|----------------|---|---|--|---------|--------|
|    |                |   |   | <p>Электронейромиография;<br/>Консультацию невролога (при наличии в анамнезе черепно-мозговой травмы или других заболеваний центральной нервной системы);<br/>Консультацию окулиста (при наличии в анамнезе травм или заболеваний органов зрения, травмы скуловой кости, травмы стенок орбиты)</p> |         |        |
|    |                | <p>Анализ крови и мочи (*, **, ***, ****)<br/>С-пептид;<br/>По показаниям: инсулин, паратгормон, остеокальцин, кальций, фосфор;<br/>При гиперпаратиреозе: общий и ионизированный кальций крови; уровень фосфора в крови;<br/>Щелочная фосфотаза в крови; креатинин; паратгормон; кальций в суточной моче;<br/>При гиперкортицизме: малый ночной дексаметазоновый тест; ритм АКГГ;<br/>Кровень кортизола в крови; суточная моча на свободный кортизол; пролактин; при диабете: гликированный гемоглобин, уровень глюкозы крови;<br/>При патологии щитовидной железы: свободный Т4; ТТГ; при пролактиноме: ЛГ, ФСГ, пролактин, тестостерон, Э2;<br/>При акромегалии: ИРФ-1; пролактин; СТГ-1 на фоне нагрузки глюкозой;</p> |   | ЭКГ, эхокардиография   | 14 дней |        |
| 18 | Эндокринология |   | <p>Ультразвуковые и рентгенологические исследования в зависимости от планируемого объема и вида оказания ВМП;<br/>МРТ или КТ головного мозга;<br/>Сцинтиграфическое исследование функции щитовидной железы;</p> |  | 14 дней |        |
|    |                |   | Рентгенография кистей рук с лучезапястным суставом (при нарушениях роста);<br>кариотип (нарушения пола)   |  |         | 6 мес. |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  | <p>При нарушениях менструальной функции: ЛГ, ФСГ, пролактин, тестостерон, Э2;</p> <p>Анализ крови на: тестостерон, 17-ОН прогестерон, АКТГ, Т3 св., Т4 св., ТТГ, ФСГ, ЛГ, тестостерон (муж), эстрадиол (жен), пролактин, кортизол (утро, вечер), проба с 1мг дексаметазона, СТГ в ходе стимулирующего теста, антитела к рТТГ, на альдостерон, активность ренина плазмы крови, анализ суточной мочи на метанефрины;</p> <p>Проба Реберга, суточная потеря белка</p> |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

\* Анализ крови с подсчетом тромбоцитов и дифференцировкой лейкоцитов не менее чем по 5 показателям – 10 дней;

\*\* Биохимический анализ крови: общий белок, мочевины, креатинин, общий билирубин, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, глюкоза, триглицериды, холестерин, коагулограмма, у пациентов с сахарным диабетом - гликированный гемоглобин (HbA1C) – 10 дней;

\*\*\* Группа крови и резус-фактор, реакция микропреципитации – 21 день, на маркеры вирусного гепатита В – 21 день, на маркеры вирусного гепатита С – 42 дня, исследование на ВИЧ-инфекцию – 6 мес.; \*\*\*\* Общий анализ мочи – 10 дней;

\*\*\*\*\* Результаты нейровизуализационных обследований предоставляются в виде: - оригиналов снимков или дисков с записью цифровых изображений в общепринятых форматах хранения визуальной информации (DICOM, E-Film, K-Lite и т.п.) при осуществлении почтового отправления; - электронных образов дисков в указанных выше форматах, в том числе и в архивированном виде (.rar или .zip) при использовании Подсистемы мониторинга ВМП.

Примечание: флюорография (заключение) – обязательно для всех. Консультация других специалистов осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Минздравом России, в зависимости от профиля и вида оказываемой ВМП. При наличии сопутствующих заболеваний – заключение профильных специалистов об отсутствии противопоказаний к ВМП.