

## Чек-лист маршрутизации пациента с новообразованием кожи\*

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="background-color: black; color: white; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">1</div> <div style="flex-grow: 1;"> <p><b>ФИО пациента</b> _____ <b>Год рождения</b> _____</p> <p>Наименование направляющей медицинской организации <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p><b>Дата первого приема по заболеванию на участке:</b> <input style="width: 150px;" type="text"/> (заполняет врач ПОК (ЦАОП, ПОО))</p> </div> </div>										
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="background-color: black; color: white; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">2</div> <div style="flex-grow: 1;"> <p><b>Дата приема пациента в ПОК (ЦАОП, ПОО):</b></p> <p><input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>(заполняет врач ПОК (ЦАОП, ПОО))</p> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="background-color: black; color: white; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">4</div> <div style="flex-grow: 1;"> <p><b>Дата выполнения процедуры записи на прием в РКОД (филиал РКОД) в системе «ДЦ- онко»:</b></p> <p><input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>(заполняет врач ПОК (ЦАОП, ПОО))</p> </div> </div>									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Подпись врача</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Отметка о наличии/отсутствии исследования</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"> </td> <td> </td> </tr> </table>	Подпись врача	Отметка о наличии/отсутствии исследования			<p><b>Перечень исследований</b></p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Отметка о наличии /отсутствии исследования</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Подпись врача</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"> </td> <td> </td> </tr> </table>	Отметка о наличии /отсутствии исследования	Подпись врача		
Подпись врача	Отметка о наличии/отсутствии исследования									
Отметка о наличии /отсутствии исследования	Подпись врача									
<p><b>ФИО врача</b></p>	<p><b>Перечень исследований</b></p> <p>Общий анализ крови</p> <p>Общий анализ мочи</p> <p>Рентгенологическое исследование ОГК</p> <p>УЗИ регионарных лимфатических узлов</p> <p>Цитологическое исследование новообразования (соскоба, отпечатка) (за исключением подозрения на меланому)</p>	<p><b>ФИО врача</b></p>								
<p><b>Цитология:</b></p> <p>Дата забора материала на морфологическую верификацию <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Дата установления морфологического диагноза <input style="width: 100px;" type="text"/> (заполняет врач ПОК (ЦАОП, ПОО))</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="background-color: black; color: white; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">3</div> <div style="flex-grow: 1;"> <p><b>Дата первичного приема пациента в РКОД (филиале РКОД):</b></p> <p><input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>(заполняет врач поликлиники РКОД, филиала РКОД)</p> </div> </div>									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="background-color: black; color: white; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">5</div> <div style="flex-grow: 1;"> <p><b>Дата первичного приема пациента в РКОД (филиале РКОД):</b></p> <p><input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>(заполняет врач поликлиники РКОД, филиала РКОД)</p> </div> </div>										

\*Чек-лист оформляется в случаях первичного направления пациента с подозрением на онкологическое заболевание либо первичного направления пациента с впервые выявленным онкологическим заболеванием в ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ» или Набережночелнинский филиал ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ», или Альметьевский филиал ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ».

Оформленный врачом-онкологом ПОК (ПОО, ЦАОП) Чек-лист выдается пациенту на руки вместе с направлением в ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ» (Набережночелнинский филиал ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ», Альметьевский филиал ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ»).