

Чек-лист маршрутизации пациента с новообразованием молочной железы*

<div style="background-color: black; color: white; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 5px; font-size: 24px; font-weight: bold;">1</div> ФИО пациента _____ Год рождения _____		Наименование направляющей медицинской организации <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Дата первого приема по заболеванию на участке: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>		(заполняет врач ПОК (ЦАОП, ПОО))	
<div style="background-color: black; color: white; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 5px; font-size: 24px; font-weight: bold;">2</div> Дата приема пациента в ПОК (ЦАОП, ПОО): <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>		<div style="background-color: black; color: white; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 5px; font-size: 24px; font-weight: bold;">4</div> Дата выполнения процедуры записи на прием в РКОД (филиал РКОД) в системе «ДЦ- онко»: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	
(заполняет врач ПОК (ЦАОП, ПОО))		(заполняет врач ПОК (ЦАОП, ПОО))	
Подпись врача	Отметка о наличии/отсутствии исследования	Перечень исследований	Отметка о наличии /отсутствии исследования
		Общий анализ крови	
		Общий анализ мочи	
		УЗИ молочных желез и региональных лимфоузлов (над- и подключичных, аксиллярных)	
		УЗИ ОБП	
		УЗИ ОМТ	
		рентгенологическое исследование ОГК	
ФИО врача		ФИО врача	
3 Забор биопсийного (операционного) материала в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, не проводится		5 Дата первичного приема пациента в РКОД (филиале РКОД): <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	
		(заполняет врач поликлиники РКОД, филиала РКОД)	

*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»).