

Чек-лист маршрутизации пациента с новообразованием органов мошонки (яичек)*

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="font-size: 24px; font-weight: bold; background-color: black; color: white; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 10px;">1</div> <div style="flex-grow: 1;"> <p>ФИО пациента _____ Год рождения _____</p> <p>Наименование направляющей медицинской организации <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Дата первого приема по заболеванию на участке: <input style="width: 150px;" type="text"/> (заполняет врач ПОК (ЦАОП, ПОО))</p> </div> </div>				
<div style="font-size: 24px; font-weight: bold; background-color: black; color: white; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 10px;">2</div> <p>Дата приема пациента в ПОК (ЦАОП, ПОО):</p> <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> <p>(заполняет врач ПОК (ЦАОП, ПОО))</p>		<div style="font-size: 24px; font-weight: bold; background-color: black; color: white; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 10px;">4</div> <p>Дата выполнения процедуры записи на прием в РКОД (филиал РКОД) в системе «ДЦ- онко»:</p> <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> <p>(заполняет врач ПОК (ЦАОП, ПОО))</p>		
Подпись врача	Отметка о наличии/отсутствии исследования	Перечень исследований	Отметка о наличии /отсутствии исследования	Подпись врача
		Общий анализ крови		
		Общий анализ мочи		
		Осмотр уролога		
		УЗИ органов мошонки		
		УЗИ забрюшинных лимфатических узлов		
		РКТ ОБП с контрастированием		
		Рентгенологическое исследование ОГК		
ФИО врача			ФИО врача	
<div style="font-size: 24px; font-weight: bold; background-color: black; color: white; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 10px;">3</div> <p>Забор биопсийного (операционного) материала в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, не проводится</p>			<div style="font-size: 24px; font-weight: bold; background-color: black; color: white; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 10px;">5</div> <p>Дата первичного приема пациента в РКОД (филиале РКОД):</p> <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> <p>(заполняет врач поликлиники РКОД, филиала РКОД)</p>	

*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»).