

Чек-лист маршрутизации пациента с новообразованием полости носа, носовых пазух*

| | | | | |
|------------------|---|--|---|---|
| 1 | ФИО пациента _____ | Год рождения _____ | | |
| | Наименование направляющей медицинской организации <input style="width: 100%;" type="text"/> | | | |
| | Дата первого приема по заболеванию на участке: <input style="width: 150px;" type="text"/> | (заполняет врач ПОК (ЦАОП, ПОО)) | | |
| 2 | Дата приема пациента в ПОК (ЦАОП, ПОО): <input style="width: 150px;" type="text"/> (заполняет врач ПОК (ЦАОП, ПОО)) | 4 | | |
| | | Дата выполнения процедуры записи на прием в РКОД (филиал РКОД) в системе «ДЦ- онко»: <input style="width: 150px;" type="text"/> (заполняет врач ПОК (ЦАОП, ПОО)) | | |
| Подпись врача | Отметка о наличии/отсутствии исследования | Перечень исследований | Отметка о наличии/отсутствии исследования | Подпись врача |
| | | Общий анализ крови | | |
| | | Общий анализ мочи | | |
| | | Рентгенологическое исследование черепа | | |
| | | Рентгенологическое исследование ОГК | | |
| | | РКТ придаточных пазух носа | | |
| | | Санация полости рта | | |
| | | ФГДС/ВЭГДС | | |
| | | УЗИ ОБП | | |
| | | УЗИ лимфатических узлов шеи | | |
| | | РКТ шеи с контрастированием | | |
| | | ФНФЛС | | |
| | | Осмотр оториноларинголога | | |
| | | Гистологическая верификация новообразования | | |
| ФИО врача | | | ФИО врача | |
| 3 | Гистология: Дата забора материала на морфологическую верификацию <input style="width: 100px;" type="text"/> Дата установления морфологического диагноза <input style="width: 100px;" type="text"/> (заполняет врач ПОК (ЦАОП, ПОО)) | | 5 | Дата первичного приема пациента в РКОД (филиале РКОД): <input style="width: 150px;" 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»).