

## Чек-лист маршрутизации пациента с новообразованием тела матки\*

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <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>Дата первого приема по заболеванию на участке: <input style="width: 100%;" type="text"/> (заполняет врач ПОК (ЦАОП, ПОО))</p> </div> </div>				
<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> <p><b>Дата приема пациента в ПОК (ЦАОП, ПОО):</b></p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <p style="font-size: small;">(заполняет врач ПОК (ЦАОП, ПОО))</p>	<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> <p><b>Дата выполнения процедуры записи на прием в РКОД (филиал РКОД) в системе «ДЦ- онко»:</b></p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <p style="font-size: small;">(заполняет врач ПОК (ЦАОП, ПОО))</p>			
<p>Подпись врача</p>	<p>Отметка о наличии/отсутствии исследования</p>	<p><b>Перечень исследований</b></p>	<p>Отметка о наличии /отсутствии исследования</p>	<p>Подпись врача</p>
		Общий анализ крови		
		Общий анализ мочи		
		УЗИ ОМТ		
		УЗИ ОБП		
		УЗИ молочных желез (до возраста 40 лет включительно)		
		Маммография (с возраста 41 год)		
		ФГДС/ВЭГДС		
		ФКС/ВКС		
		Рентгенологическое исследование ОГК		
		Гистологическая верификация материала из полости матки		
<p><b>ФИО врача</b></p>		<p><b>ФИО врача</b></p>		
<p><b>Гистология:</b></p> <p>Дата забора материала на морфологическую верификацию <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Дата установления морфологического диагноза <input style="width: 100%;" type="text"/> (заполняет врач ПОК (ЦАОП, ПОО))</p>		<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> <p><b>Дата первичного приема пациента в РКОД (филиале РКОД):</b></p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <p style="font-size: small;">(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»).