



МІНІСТЭРСТВА
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ЗАГАД

29.12.2016 № 1335

г.Мінск

ПРИКАЗ

г.Минск

Об утверждении форм учетной
медицинской документации в
онкологической службе

В соответствии с Положением о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения и мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011г. № 360», с целью внедрения скрининга злокачественных новообразований и контроля за его эффективностью

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. форму № 027-1/у-16 «Выписка из медицинской карты стационарного (амбулаторного) пациента со злокачественным новообразованием» и указания по ее заполнению согласно приложению 1.

1.2. форму № 090/у-16 «Извещение о впервые установленном (отмененном) случае злокачественного новообразования» и указания по ее заполнению согласно приложению 2.

2. Начальникам управлений здравоохранения облисполкомов, начальнику главного управления здравоохранения Миноблисполкома, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома, руководителям организаций здравоохранения, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь, принять необходимые меры по выполнению настоящего приказа.

3. Признать утратившим силу пункты 1.1, 1.2 приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 июня 2012 г. № 687 «Об утверждении форм учетной медицинской документации по онкологии».

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра здравоохранения Пиневица Д.Л.

Министр

В.И.Жарко

наименование организации

здравоохранения

Приложение 1
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
29 декабря 2016 № 1335
Форма № 027-1/у-16

ВЫПИСКА
из медицинской карты стационарного (амбулаторного) пациента
со злокачественным новообразованием

(название и адрес организации, куда направляется выписка)

Фамилия, имя собственное, отчество пациента (если таковое имеется)

Дата рождения / /
(число, месяц, год)

Пол (подчеркнуть): мужской, женский

Личный номер пациента

Адрес по месту регистрации пациента _____
область, район, сельсовет, населенный пункт,

улица, дом, корпус, квартира

Адрес по месту жительства (месту пребывания) пациента _____
область, район, сельсовет, населенный пункт,

улица, дом, корпус, квартира

Дата поступления в стационар (дата начала амбулаторного лечения) / /
(число, месяц, год)

№ амбулаторной карты / № истории болезни /

Проведенное обследование и результаты _____

Диагноз

TNM: T N M

Стадия (подчеркнуть): insitu, I, II, III, IV, не установлена (не применима)

Дата установления диагноза / /
(число, месяц, год)

Организация здравоохранения, в которой выполнен основной этап лечения

наименование организации

Обстоятельства выявления заболевания (подчеркнуть):
а) обратился самостоятельно; б) в смотровом кабинете; в) при профилактическом обследовании; г) при скрининге

Метод подтверждения диагноза (подчеркнуть):
а) гистологический, б) цитологический, в) гематологический, г) рентгенологический, д) эндоскопический,
е) изотопный, ж) ультразвуковой, з) онкомаркеры; и) только клинический

Данные морфологического исследования _____

_____ текст морфологического заключения, номер морфологического исследования, степень дифференцировки

Данные ИГХ- исследований _____

Проведенное лечение:

Хирургическое лечение:

Дата проведения оперативного вмешательства | | | | / | | | | / | | | | | | | |
(число, месяц, год)

Наименование оперативного вмешательства _____

Характер оперативного вмешательства (подчеркнуть): радикальная, циторедуктивная, паллиативная, диагностическая, пробная, пластическая (реконструктивная), повторная радикальная, повторная паллиативная, симптоматическая, вспомогательная, косвенно-действующая, по поводу осложнения заболевания, по поводу осложнения лечения, по поводу неонкологического заболевания

Лучевое лечение:

Характер (подчеркнуть): предоперационное, послеоперационное, интраоперационное, самостоятельное радикальное, самостоятельное паллиативное, самостоятельное симптоматическое, профилактическое

Тип воздействия (подчеркнуть): дистанционное, рентгенотерапия, внутрисполостное, внутритканевое, аппликационное

Модификаторы _____

Зона воздействия (подчеркнуть): основной очаг, регионарные метастазы, отдаленные метастазы, основной очаг+ регионарные метастазы, возможные отдаленные метастазы

Разовая доза (Гр.) _____

Суммарная доза (Гр.) _____

Эквивалентная доза (Гр.) _____

Примечание _____

Лечение радиофармпрепаратами:

Препарат _____ Дата введения | | | | / | | | | / | | | | | | | |

Доза _____ Ед. изм. _____

Лекарственное лечение:

Препарат _____ Суммарная доза _____ Ед.изм. _____

Препарат _____ Суммарная доза _____ Ед.изм. _____

Препарат _____ Суммарная доза _____ Ед.изм. _____

Прочие виды лечения: _____

Дата выписки (смерти) или завершения лечения в стационарных или амбулаторных условиях | | | | / | | | | / | | | | | | | |
(число, месяц, год)

Клиническая группа при выписке (завершении лечения в амбулаторных условиях) (подчеркнуть): II, III, IV

Рекомендации по наблюдению и лечению: _____

Лечащий врач: _____ / _____ /
(подпись) (И.О. Фамилия)

Заведующий отделением: _____ / _____ /
(подпись) (И.О. Фамилия)

УКАЗАНИЯ

по заполнению формы № 027-1/у-16 «Выписка из медицинской карты стационарного (амбулаторного) пациента со злокачественным новообразованием»

1. Выписка из медицинской карты стационарного (амбулаторного) пациента со злокачественным новообразованием (далее – выписка) заполняется лечащим врачом во всех организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь, на каждого пациента со злокачественным новообразованием (включая новообразования *insitu*), проходившего лечение (как стационарных, так и амбулаторных условиях) в данной организации здравоохранения.
2. Выписка служит для динамического наблюдения за состоянием пациента со злокачественным новообразованием в онкологических диспансерах (отделениях, кабинетах), для полноты учета вновь возникших случаев злокачественного новообразования и изучения отдаленных результатов лечения. Выписка является одним из основных документов для формирования базы данных Белорусского канцер-регистра.
3. Выписка формируется по завершению курса лечения в двух экземплярах, один из которых направляется в центральную районную больницу (в городскую поликлинику) по месту жительства (месту пребывания) пациента, а второй – в онкологический диспансер по месту жительства (месту пребывания) пациента.
4. В выписке следует разборчиво заполнять все пункты, избегая сокращений, не являющихся общепринятыми в отрасли. Фамилию, имя и отчество пациента следует вписывать полностью и разборчиво (печатными буквами). Написание инициалов вместо имени и отчества не допускается. Дата рождения записывается полностью в отведенных позициях в следующем порядке: день (2 знака), месяц (2 знака), год (4 знака). Например, 1 июня 1941 года записывается как 01/06/1941.
5. В пункте «Личный номер пациента» записывается личный номер пациента из паспорта. Он должен включать 14 символов. Символы вводятся печатными заглавными буквами.
6. В пункте «Адрес по месту регистрации пациента» отмечается адрес регистрации пациента. Адрес записывается разборчиво, подробно. Для сельских населенных пунктов указываются все уровни административного подчинения (область, район, сельсовет), что необходимо для правильного дальнейшего кодирования места проживания пациента.
7. В пункте «Адрес по месту пребывания» отмечается адрес проживания пациента. Адрес записывается разборчиво и подробно.
8. Номер истории болезни указывается в случае выписки пациента из организации здравоохранения.
9. В пункте «Диагноз» записывается полный клинический диагноз с точным указанием локализации опухоли. Например, «рак антрального отдела желудка» вместо «рак желудка». В случае парного органа обязательно должна быть указана латеральность. Например, «рак верхненаружного квадранта правой молочной железы». В случае наличия отдаленных метастазов следует указать орган, в котором выявлены метастазы.
10. В пункте «TNM» записываются данные о стадии заболевания по системе TNM.
11. В пункте «Стадия» подчеркиваются данные о стадии заболевания по отечественной классификации.
12. В пункте «Дата установления диагноза» в отведенных позициях записывается дата установления диагноза в следующем порядке: день (2 знака), месяц (2 знака), год (4 знака). В качестве даты установления диагноза указывается дата врачебной записи в медицинской карте стационарного пациента (истории болезни) или в амбулаторной карте пациента об установлении диагноза злокачественного новообразования. Следует указывать дату, когда у пациента был впервые установлен диагноз данного злокачественного новообразования.
13. Пункт «Организация здравоохранения, в которой выполнен основной этап лечения» заполняется в случае, если указанный этап лечения проводился в другой организации здравоохранения. Если указанная информация отсутствует, в данном пункте выписки записывается «неизвестно».
14. В пункте «Данные морфологического исследования» записывается полный текст морфологического заключения, приведенный в истории болезни, включая номер морфологического исследования, степень дифференцировки, дату проведения.
15. Даты поступления и выписки после лечения в стационарных условиях (начала и завершения лечения в амбулаторных условиях), а также дата проведения оперативного вмешательства записываются в отведенных позициях в следующем порядке: день (2 знака), месяц (2 знака), год (4 знака).
16. В пункте «Хирургическое лечение», помимо даты проведения и описания оперативного вмешательства, необходимо также указать ее характер.
17. В пункте «Лекарственное лечение» после наименования препарата можно указать способ введения.
18. При проведении нескольких курсов лучевого лечения в рамках одной госпитализации (например, воздействие на опухоль и зоны метастазирования) информацию о втором и последующем курсах можно привести в пункте «Примечание» с указанием всех необходимых параметров (характер, тип, дозы и пр.).
19. В пункте «Прочие виды лечения» можно указать другие виды лечебных воздействий, например, гипертермию, гипергликемию.
20. В пункте «Клиническая группа при выписке (или завершении амбулаторного лечения)» подчеркивается клиническая группа, к которой отнесен пациент.
21. В конце выписки разборчиво указывается фамилия и инициалы врача, заполнившего документ, заведующего отделением.
22. Выписка клеивается в амбулаторную карту пациента.

наименование организации
здравоохранения

Приложение 2
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
29 сентября 2016 № 1335
Форма № 090/у-16

ИЗВЕЩЕНИЕ

о впервые установленном (отмененном) случае злокачественного новообразования

Фамилия, имя собственное, отчество пациента (если таковое имеется) _____

Дата рождения / / Пол (подчеркнуть): мужской, женский
(число, месяц, год)

Житель (подчеркнуть): города, села Личный номер

Адрес по месту регистрации пациента _____
область, район, сельсовет, населенный пункт

улица, дом, корпус, квартира

Адрес по месту жительства (месту пребывания) пациента _____
область, район, сельсовет, населенный пункт

улица, дом, корпус, квартира

Диагноз _____

TNM: T N M

Стадия (подчеркнуть): insitu, I, II, III, IV, не установлена (не применима)

Клиническая группа (подчеркнуть): II, IV

Дата установления (отмены) диагноза / /
(день, месяц, год)

Обстоятельства выявления заболевания (подчеркнуть):

- а) обратился самостоятельно; б) в смотровом кабинете; в) при профилактическом обследовании;
г) при скрининге; д) учтен посмертно (после вскрытия, без вскрытия).

Метод подтверждения диагноза (подчеркнуть):

- а) гистологический, б) цитологический, в) гематологический, г) рентгенологический,
д) эндоскопический, е) изотопный, ж) ультразвуковой, з) онкомаркеры, и) только клинический,
к) только свидетельство о смерти.

Данные морфологического исследования _____

текст морфологического заключения, номер морфологического исследования, степень дифференцировки, дата проведения

Организация здравоохранения, куда направлен пациент (причина, по которой пациент не был направлен на лечение) _____

Дата заполнения извещения “___” _____

Врач, заполнивший извещение _____ / _____ /
(подпись) (И.О. Фамилия)

Заведующий отделением: _____ / _____ /
(подпись) (И.О. Фамилия)

УКАЗАНИЯ

по заполнению формы № 090/у-16 «Извещение о впервые установленном (отмененном) случае злокачественного новообразования»

1. Извещение о впервые установленном случае злокачественного новообразования (далее – извещение) составляется всеми врачами-специалистами в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь, на каждый случай впервые в жизни установленного у пациента злокачественного новообразования (включая новообразования *in situ*), выявленного на любом уровне лечебного и диагностического процесса.

2. На пациентов с заболеваниями, подозрительными на рак (Ia клиническая группа), и предопухолевыми заболеваниями (Ib клиническая группа), извещения не составляются.

3. Извещения составляются на все случаи злокачественных новообразований, выявленные у лиц, постоянно проживающих (работающих) на территории Республики Беларусь, включая лиц без определенного места жительства.

4. Извещение об отмене злокачественного новообразования составляется на ранее зарегистрированный случай злокачественного новообразования, который в последующем не подтвердился (был отменен). Извещение об отмене является основанием для снятия пациента с учета в онкологическом диспансере.

5. Извещение высылается в трехдневный срок после установления (отмены) диагноза в онкологический диспансер по месту постоянного проживания пациента.

6. В извещениях следует разборчиво заполнять все пункты, избегая сокращений, не являющихся общепринятыми в отрасли. Фамилию, имя и отчество пациента следует вписывать полностью и разборчиво (печатными буквами). Написание инициалов вместо имени и отчества не допускается. Дата рождения записывается полностью в отведенных позициях в следующем порядке: день (2 знака), месяц (2 знака), год (4 знака). Например, 1 июня 1941 года - записывается как 01/06/1941.

7. В пункте «Личный номер» записывается личный номер пациента из паспорта. Он должен включать 14 символов. Символы вводятся печатными заглавными буквами.

8. В пункте «Адрес по месту регистрации» отмечается адрес регистрации пациента. Адрес записывается разборчиво, подробно. Для сельских населенных пунктов указываются все уровни административного подчинения (область, район, сельсовет), что необходимо для правильного дальнейшего кодирования места проживания на момент заболевания.

9. В пункте «Адрес по месту жительства (месту пребывания)» отмечается адрес проживания пациента. Адрес записывается разборчиво с необходимой степенью подробности.

10. В пункте «Диагноз» записывается полный клинический диагноз с точным указанием локализации опухоли. Например, «рак антрального отдела желудка» вместо «рак желудка». В случае парного органа обязательно должна быть указана латеральность. Например, «рак верхненаружного квадранта правой молочной железы». В случае наличия отдаленных метастазов следует указать орган, в котором выявлены метастазы. При заполнении извещения на не подтвержденный (отмененный) случай заболевания в графе следует записать «диагноз злокачественного новообразования не подтвердился», после чего указать развернутый текст окончательного диагноза.

11. В пункте «TNM» записываются данные о стадии заболевания по системе TNM.

12. В пункте «Стадия» подчеркиваются данные о стадии заболевания по отечественной классификации.

13. В пункте «Клиническая группа» подчеркивается клиническая группа, к которой пациент был отнесен после установления у него диагноза злокачественного новообразования (при отмене диагноза не заполняется).

14. В пункте «Дата установления (отмены) диагноза» в отведенных позициях записывается дата в следующем порядке: день (2 знака), месяц (2 знака), год (4 знака). В качестве даты установления диагноза указывается:

14.1. дата врачебной записи в медицинской карте амбулаторного пациента (форма № 025/у), либо в медицинской карте стационарного пациента (форма № 003/у) об установлении диагноза злокачественного новообразования;

14.2. дата смерти, если случай злокачественного новообразования выявлен как «случайная находка» в результате вскрытия патологоанатомом (судебно-медицинским экспертом), или случай зарегистрирован по свидетельству о смерти при отсутствии другой информации.

14.3. В качестве даты отмены диагноза указывается дата изменения (отмены) диагноза.

15. В пункте «Обстоятельства выявления заболевания» подчеркивается необходимое значение (при отмене диагноза не заполняется).

16. В пункте «Метод подтверждения диагноза» подчеркивается необходимое значение.

17. В пункте «Данные морфологического исследования» записывается полный текст морфологического заключения, приведенный в медицинской карте амбулаторного (стационарного) пациента, включая номер морфологического исследования, степень дифференцировки, дату проведения.

18. В случае необходимости в извещении указывается организация здравоохранения, куда пациент направлен для дополнительного обследования или лечения. В извещениях на пациентов, не подлежащих госпитализации, указывается соответствующая причина (наличие общих противопоказаний, отказ от лечения, другие причины).

19. В конце извещения разборчиво указывается дата заполнения извещения, а также фамилия и инициалы врача-специалиста, заполнившего извещение, заведующего отделением.

20. Срок хранения извещения — пять лет.