

**КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ УЧЕТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОКАЗАННОЙ ПАЦИЕНТАМ, СТРАДАЮЩИМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ
НОВООБРАЗОВАНИЯМИ**

Ф.И.О. пациента _____

1. ПОДОЗРЕНИЕ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ

(Блок заполняется если у пациента есть подозрение на ЗНО без подтверждения)

Диагноз (по МКБ-10. Обязательно к заполнению. Любой основной диагноз с первым символом кода не «С» или D00-D09, а также не D70 с сопутствующим C00-C80 и C97): _____

Направление с целью уточнения диагноза (*Заполняется терапевтом или онкологом, в случае оформления направления*)

Вид направления (V028):

- 1 - к онкологу
- 2 - на биопсию
- 3 - на дообследование
- 4 - для определения тактики обследования и/или тактики лечения

Дата направления (Обязательно!) _____

МО, куда направлен <*> (**При направлении в другое МО, осуществляющее деятельность в сфере ОМС**):

Метод диагностического исследования

(V029. Заполняется, если «Вид направления» = 3)

- 1 - Лабораторная диагностика
- 2 - Инструментальная диагностика
- 3 - Методы лучевой диагностики, за исключением дорогостоящих
- 4 - Дорогостоящие методы лучевой диагностики (КТ, МРТ, ангиография)

Медицинская услуга, указанная в направлении <*> (V001. **Указывается при заполнении любого пункта блока «Метод диагностического исследования»**):

Проведение консилиума (N019. Обязательно к заполнению для ВМП):

- 0 - Отсутствует необходимость проведения консилиума;
- 1 - Определена тактика обследования;
- 2 - Определена тактика лечения;
- 3 - Изменена тактика лечения;
- 4 - Консилиум не проведен при наличии необходимости его проведения

Дата проведения консилиума (обязательно при проведении консилиума): _____

2. СВЕДЕНИЯ О СЛУЧАЕ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

(Блок заполняется если у пациента ЗНО подтверждено)

Диагноз (по МКБ-10. Основной диагноз «С» или D00-D09, а также D70 с сопутствующим C00-C80 и C97): _____

Повод обращения (N018. Обязательно к заполнению!):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 0 - Первичное лечение (лечение пациента за исключением прогрессирувания и рецидива)
<input type="checkbox"/> 1 - Лечение при рецидиве
<input type="checkbox"/> 2 - Лечение при прогрессирувании
<input type="checkbox"/> 3 - Динамическое наблюдение | <input type="checkbox"/> 4 - Диспансерное наблюдение (здоров/ремиссия)
<input type="checkbox"/> 5 - Диагностика (при отсутствии специфического лечения)
<input type="checkbox"/> 6 - Симптоматическое лечение |
|--|---|

TNM (обязательно к заполнению, если «Повод обращения» = 0 и пациент старше 18 лет):

T _____ N _____ M _____

Стадия (обязательно, если «Повод обращения» 0,1,2,3 или 4, а для ВМП при 0,1 или 2): _____

- Наличие отдаленных метастазов (указывается, если повод обращения 1 или 2)

Проведение консилиума (N019. Обязательно к заполнению):

- 0 - Отсутствует необходимость проведения консилиума;
 1 - Определена тактика обследования;
 2 - Определена тактика лечения;
 3 - Изменена тактика лечения;
 4 - Консилиум не проведен при наличии необходимости его проведения

Дата проведения консилиума (обязательно при проведении консилиума): _____

Диагностический блок (Заполняется при наличии направления на диагностику и/или наличия результата диагностики. Данные необходимо вносить в соответствии с диагнозом)

Дата взятия материала (обязательна)	Показатель	Код диагноза	Результат (при наличии)
Гистология			
	Гистологический тип клеток	C34	<input type="checkbox"/> Мелкоклеточный <input type="checkbox"/> Немелкоклеточный
		C44	<input type="checkbox"/> Базальноклеточный <input type="checkbox"/> Не базальноклеточный <input type="checkbox"/> Плоскоклеточный <input type="checkbox"/> Не плоскоклеточный
		C64	<input type="checkbox"/> Светлоклеточный <input type="checkbox"/> Несветлоклеточный
	Гистологический тип опухоли	C15;C16	<input type="checkbox"/> Аденокарцинома <input type="checkbox"/> Не аденокарцинома
		C15;C16;C18; C19;C20;C25; C32;C34;C50; C53;C56;C61; C67	<input type="checkbox"/> Эпителиальный <input type="checkbox"/> Неэпителиальный
		C54	<input type="checkbox"/> Эндометриоидные <input type="checkbox"/> Не эндометриоидные

		C64	<input type="checkbox"/> Почечноклеточный <input type="checkbox"/> Не почечноклеточный
	Гистологический тип опухоли	C73	<input type="checkbox"/> Папиллярный <input type="checkbox"/> Фолликулярный <input type="checkbox"/> Гюртклеточный <input type="checkbox"/> Медуллярный <input type="checkbox"/> Анапластический
	Степень дифференцировки и ткани опухоли	C54;C56	<input type="checkbox"/> Низкодифференцированная <input type="checkbox"/> Умереннодифференцированная <input type="checkbox"/> Высокодифференцированная <input type="checkbox"/> Не определена
Иммуногистохимия			
	Уровень экспрессии белка HER2	C16	<input type="checkbox"/> Гиперэкспрессия белка HER2 <input type="checkbox"/> Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2 <input type="checkbox"/> Исследование не проводилось
	Наличие мутаций в гене BRAF	C18;C19;C20;C43	<input type="checkbox"/> Наличие мутаций в гене BRAF <input type="checkbox"/> Отсутствие мутаций в гене BRAF
	Наличие мутаций в гене c-Kit	C43	<input type="checkbox"/> Наличие мутаций в гене c-Kit <input type="checkbox"/> Отсутствие мутаций в гене c-Kit <input type="checkbox"/> Исследование не проводилось
	Наличие мутаций в гене RAS	C18;C19;C20	<input type="checkbox"/> Наличие мутаций в гене RAS <input type="checkbox"/> Отсутствие мутаций в гене RAS
	Наличие мутаций в гене EGFR	C34	<input type="checkbox"/> Наличие мутаций в гене EGFR <input type="checkbox"/> Отсутствие мутаций в гене EGFR
	Наличие транслокации в генах ALK или ROS1	C34	<input type="checkbox"/> Наличие транслокации в генах ALK или ROS1 <input type="checkbox"/> Отсутствие транслокации в генах ALK и ROS1
	Уровень экспрессии белка PD-L1	C34	<input type="checkbox"/> Повышенная экспрессия белка PD-L1 <input type="checkbox"/> Отсутствие повышенной экспрессии белка PD-L1
	Наличие рецепторов к эстрогенам	C50	<input type="checkbox"/> Наличие рецепторов к эстрогенам <input type="checkbox"/> Отсутствие рецепторов к эстрогенам
	Наличие рецепторов к прогестерону		<input type="checkbox"/> Наличие рецепторов к прогестерону <input type="checkbox"/> Отсутствие рецепторов к прогестерону
	Определение индекса пролиферативной активности экспрессии Ki-67		<input type="checkbox"/> Высокий индекс пролиферативной активности экспрессии Ki-67 <input type="checkbox"/> Низкий индекс пролиферативной активности экспрессии Ki-67
	Уровень экспрессии белка HER2		<input type="checkbox"/> Гиперэкспрессия белка HER2 <input type="checkbox"/> Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2
	Наличие мутаций в генах BRCA		<input type="checkbox"/> Наличие мутаций в генах BRCA <input type="checkbox"/> Отсутствие мутаций в генах BRCA

Проведенное лечение (N013. Обязательно к заполнению одного или нескольких блоков при лечении в круглосуточном или дневном стационаре, а также при ВМП):

- 1 - **Хирургическое лечение** (N014. Заполняется при хирургическом лечении)
- Первичной опухоли, в том числе с удалением регионарных лимфатических узлов
 - Метастазов
 - Симптоматическое
 - Выполнено хирургическое стадирование
 - Регионарных лимфатических узлов без первичной опухоли
 - Криохирurgia/криотерапия, лазерная деструкция, фотодинамическая терапия

- 2 - **Лекарственная противоопухолевая терапия** (Заполняется при химиотерапии)

- | Циклы лекарственной терапии (N016) | Линии лекарственной терапии (N015) |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - Первый цикл линии | <input type="checkbox"/> 1 - Первая линия |
| <input type="checkbox"/> 2 - Последующие циклы линии (кроме последнего) | <input type="checkbox"/> 2 - Вторая линия |
| <input type="checkbox"/> 3 - Последний цикл линии (лечение прервано); | <input type="checkbox"/> 3 - Третья линия |
| <input type="checkbox"/> 4 - Последний цикл линии (лечение завершено) | <input type="checkbox"/> 4 - Линия после третьей |
| | <input type="checkbox"/> 5 - Неoadъювантная |
| | <input type="checkbox"/> 6 - Адъювантная |
| | <input type="checkbox"/> 7 - Периперационная (до хирургического лечения) |
| | <input type="checkbox"/> 8 - Периперационная (после хирургического лечения) |

- Противорвотная терапия** (указывается при проведении таковой)

Назначенные препараты <***>:

Номер схемы (обязательно к заполнению): _____

МНН (в соответствии со схемой. Обязательно к заполнению)

Дата введения препарата (Обязательно к заполнению)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

- _____
- _____
- _____
- _____

Рост _____ Вес _____ Площадь поверхности тела _____

- 3 - **Лучевая терапия** (N017. Заполняется при проведении лучевой терапии)

- 1 - Первичной опухоли/ложа опухоли
- 2 - Метастазов
- 3 - Симптоматическая

СОД (обязательно к заполнению): _____

Количество фракций (обязательно к заполнению, может быть = 0): _____

4 - **Химиолучевая терапия (Заполняется при проведении химиолучевой терапии)**

Химиотерапия

Противорвотная терапия

Назначенные препараты <***>:

Код МНН в сочетании с лучевой терапией (обязательно к заполнению): _____

МНН (в соответствии с кодом. Обязательно к заполнению)

Дата введения препарата (Обязательно к заполнению)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

- _____
- _____
- _____
- _____

Лучевая терапия

1 - Первичной опухоли/ложа опухоли

2 - Метастазов

3 - Симптоматическая

СОД (обязательно к заполнению): _____

Количество фракций (обязательно к заполнению, может быть = 0): _____

Рост _____ Вес _____ Площадь поверхности тела _____

5 - **Неспецифическое лечение (осложнения противоопухолевой терапии, установка/замена порт системы (катетера), прочее)**

6 - **Диагностика**

Противопоказания в отказы и дата регистрации (N001. Заполняется в случае наличия противопоказаний к проведению определенных типов лечения или отказах пациента от проведения определенных типов лечения):

<input type="checkbox"/>	0 - Отказ от проведения гистологического исследования	"__" _____ 20__ г.
<input type="checkbox"/>	1 - Противопоказания к проведению хирургического лечения	"__" _____ 20__ г.
<input type="checkbox"/>	2 - Противопоказания к проведению химиотерапевтического лечения	"__" _____ 20__ г.
<input type="checkbox"/>	3 - Противопоказания к проведению лучевой терапии	"__" _____ 20__ г.
<input type="checkbox"/>	4 - Отказ от проведения хирургического лечения	"__" _____ 20__ г.
<input type="checkbox"/>	5 - Отказ от проведения химиотерапевтического лечения	"__" _____ 20__ г.
<input type="checkbox"/>	6 - Отказ от проведения лучевой терапии	"__" _____ 20__ г.
<input type="checkbox"/>	7 - Гистологическое подтверждение диагноза не показано	"__" _____ 20__ г.
<input type="checkbox"/>	8 - Противопоказания к проведению гистологического исследования	"__" _____ 20__ г.

<*> Подразумевается, что в медицинской информационной системе, при выгрузке данных вместо текстового обозначения услуги подставляется её код по справочнику V001

<*> Подразумевается, что в медицинской информационной системе, при выгрузке данных вместо текстового обозначения МО подставляется её код по справочнику F003

<***> Подразумевается, что в медицинской информационной системе, при выгрузке данных вместо МНН подставляется код препарата в соответствии.

Данные и структура контрольного листа актуальны на 28.03.2019.