

Структура электронных реестров
персонифицированного учета
медицинской помощи и правил по
их заполнению

Рабочая группа по реализации
пилотного проекта



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ

30 марта 2018 г.

Москва

№ *59*

О внесении изменений в приказ
Федерального фонда обязательного
медицинского страхования от 07 апреля
2011 г. № 79



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ

05 апреля 2018 г.

Москва

№ *64*

О реализации в тестовом режиме
информационного взаимодействия в
соответствии с приказом Федерального
фонда обязательного медицинского
страхования от 30 марта 2018 г. № 59

«В целях совершенствования правил
информационного взаимодействия, применяемых
участниками и субъектами обязательного
медицинского страхования ...»

Утверждены структуры реестров медицинской
помощи

Свердловская область вошла в перечень территорий,
участвующих в реализации пилотного проекта

Цели и задачи

- Полный и достоверный учет оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями
- Оптимизация расходования средств ОМС на оказание медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями

Контрольный лист учета медицинской помощи, оказанной пациентам, страдающим ЗНО

Ф.И.О. пациента _____

1. ПОДОЗРЕНИЕ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ

1.1. Диагноз (по МКБ – 10): _____

1.2. Выдано направление:

1.2.1. Направление:	<input type="checkbox"/> к онкологу	<input type="checkbox"/> на биопсию	<input type="checkbox"/> на <u>дообследование</u>
1.2.2. Дата направления:	_____	_____	_____
1.2.3. Метод исследования:	<input type="checkbox"/> лабораторная диагностика <input type="checkbox"/> инструментальная диагностика <input type="checkbox"/> лучевая диагностика <input type="checkbox"/> дорогостоящие методы лучевой диагностики		
1.2.4. Медицинская услуга в направлении:	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> Выбор из справочника </div>		

2. СВЕДЕНИЯ О СЛУЧАЕ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

2.1. Данные о заболевании:

2.1.1. Диагноз (по МКБ – 10): _____

2.1.2. Стадия заболевания: _____

2.1.3. Стадия заболевания по TNM: T _____ N _____ M _____

2.1.4. Наличие отдалённых метастазов (при прогрессировании / рецидиве): наличие

2.1.5. Заболевание выявлено: впервые ранее

2.1.6. Повод обращения:

Лечение при рецидиве

Лечение при прогрессировании

Первичное лечение (лечение пациента за исключением прогрессирования и рецидива)

Наблюдение

2.2. Проведение консилиума:

определение тактики обследования

определение тактики лечения

изменение тактики лечения

C15, C16, C18, C19, C20, C25, C32, C34,
C43, C44, C50, C53, C56, C61, C64, C67,
C73

2.3. Данные о диагностике

2.3.1 Гистология*: Выполнена:

Не выполнена по причине:

1) Гистологический тип опухоли

Диагноз	Гистологический тип опухоли / клеток
C15, C16, C18, C19, C20, C25, C32, C34, C50, C53, C56, C61, C67	является ли опухоль эпителиальной
C34	является ли опухоль мелкоклеточной
C44	указывается, является ли опухоль базальноклеточной или плоскоклеточной
C54	является ли опухоль эндометриоидной
C64	является ли опухоль почечноклеточной, а также, для почечноклеточной опухоли, является ли она светлоклеточной
C73	является ли опухоль папиллярной, фолликулярной, гюртклеточной, медуллярной или анапластической

2.3.2. Иммуногистохимия / маркёры**:

Выполнена:

Не выполнена по причине:

Диагноз	Иммуногистохимия / маркеры
C16	уровень экспрессии белка HER2
C18, C19, C20	наличие мутаций в гене RAS
C34	наличие мутаций в гене EGFR, наличие транслокации в генах ALK или ROS1, уровень экспрессии белка PD-L1
C43	наличие мутаций в гене BRAF, наличие мутаций в гене c-Kit
C50	наличие рецепторов к эстрогенам, наличие рецепторов к прогестерону, индекс пролиферативной активности экспрессии Ki-67, уровень экспрессии белка HER2, наличие мутаций в генах BRCA

2.4. Данные о лечении

2.4.1. Хирургическое лечение

- Первичной опухоли, в том числе с удалением регионарных лимфатических узлов
- Метастазов
- Симптоматическое
- Выполнено хирургическое стадирование
- Регионарных лимфатических узлов без первичной опухоли
- Циторедуктивное
- Паллиативное
- Операции с реконструктивно-пластическим компонентом, в т.ч. установка имплантов

2.4.2. Лекарственная противоопухолевая терапия

1) Цикл лекарственной терапии:

- Первый цикл линии
- Последующие циклы линии (кроме последнего)
- Последний цикл линии (лечение прервано)
- Последний цикл линии (лечение завершено)

2) Линия лекарственной терапии:

- Первая линия
- Вторая линия
- Третья линия
- Линия после третьей

Указываем КСГ

3) Назначенные препараты***.

Номер схемы _____

МНН

Режим дозирования

1. _____

2. _____

2.4.3. □ Лучевая терапия:

1) Тип лучевой терапии:

- Первичной опухоли / ложа опухоли
- Лучевая терапия метастазов
- Симптоматическая лучевая терапия

2) Число сеансов: _____

3) СОД: _____

2.4.4. □ Химиолучевая терапия

1) Тип лучевой терапии:

- Первичной опухоли / ложа опухоли
- Лучевая терапия метастазов
- Симптоматическая лучевая терапия

2) Число сеансов: _____

3) СОД: _____

4) Назначенные препараты***:

Номер схемы: _____

МНН

1. _____
2. _____

Режим дозирования

2.5. Противопоказания, отказы и дата регистрации:

- | | |
|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Противопоказания к проведению хирургического лечения | «__» _____ 20__ г |
| <input type="checkbox"/> Противопоказания к проведению химиотерапевтического лечения | «__» _____ 20__ г |
| <input type="checkbox"/> Противопоказания к проведению лучевой терапии | «__» _____ 20__ г |
| <input type="checkbox"/> Отказ от проведения хирургического лечения | «__» _____ 20__ г |
| <input type="checkbox"/> Отказ от проведения химиотерапевтического лечения | «__» _____ 20__ г |
| <input type="checkbox"/> Отказ от проведения лучевой терапии | «__» _____ 20__ г |

Общие вопросы

- Контрольный лист заполняется при каждой услуге (посещение, госпитализация)
- Контрольные листы могут различаться
- Если данные уже есть (например, гистология, иммуногистохимия), но получены в другом ЛПУ (например, диспансер), то их также нужно вносить

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!