

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
№ 17-0/10/2-2853

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
№ 5586/30/и

ПИСЬМО
от 3 мая 2018 года

О НАПРАВЛЕНИИ
ФОРМЫ КОНТРОЛЬНОГО ЛИСТА УЧЕТА ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТАМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Министерство здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования сообщают, что в соответствии с утверждением приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 30 марта 2018 г. № 59 "О внесении изменений в приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. № 79" (далее - приказ ФОМС № 59) при формировании реестров счетов за оказанную медицинскую помощь в сфере обязательного медицинского страхования требуется указание отдельных сведений, которые не учитываются в форме № 025-1/у, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению", и в форме № 066/у-02, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2002 г. № 413 "Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации", и направляют форму контрольного листа учета медицинской помощи, оказанной пациентам, страдающим злокачественными новообразованиями, рекомендуемую для использования медицинскими организациями в качестве источника указанных сведений при формировании реестров счетов за оказанную медицинскую помощь в сфере обязательного медицинского страхования (Приложение).

Контрольный лист следует заполнять совместно с первичной учетной медицинской документацией по факту оказания медицинской помощи в соответствии с требованиями Приложения 4 к приказу ФОМС № 59.

Раздел "Направление с целью уточнения диагноза" заполняется обязательно при подозрении на злокачественное новообразование.

Разделы "Категория пациента", "Стадия заболевания", "Стадия заболевания по TNM", "Гистология" заполняются обязательно при установленном диагнозе злокачественного новообразования.

Раздел "Иммуногистохимия/Маркеры" и "Проведение консилиума" заполняется каждый раз при наличии сведений о результатах исследований и проведенного консилиума.

Раздел "Проведенное лечение" заполняется при оказании соответствующей медицинской помощи.

Раздел "Противопоказания и отказы" заполняется при регистрации противопоказания и отказа.

Заместитель
Министра здравоохранения
Российской Федерации

Т.В.ЯКОВЛЕВА

Председатель
Федерального фонда обязательного
медицинского страхования
Н.Н.СТАДЧЕНКО

Приложение

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

Ф.И.О. пациента _____

1. ПОДОЗРЕНИЕ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ

Диагноз (по МКБ-10): _____

Направление с целью уточнения диагноза:

- ☐ к онкологу
☐ на биопсию
☐ на дообследование

2. СВЕДЕНИЯ О СЛУЧАЕ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Диагноз (по МКБ-10): _____

Стадия заболевания: _____

Стадия заболевания по TNM: Т _____ N _____ М _____

☐ Наличие отдаленных метастазов (при прогрессировании/рецидиве)

Заболевание выявлено: ☐ впервые ☐ ранее

Категория пациента:

- ☐ Первичное лечение (лечение пациента за исключением прогрессирования и рецидива)
☐ Лечение при рецидиве
☐ Лечение при прогрессировании

Гистология <*>:

☐ Гистологический тип опухоли

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Эпителиальный | <input type="checkbox"/> Неэпителиальный |
| <input type="checkbox"/> Аденокарцинома | <input type="checkbox"/> Неаденокарцинома |
| <input type="checkbox"/> Почечноклеточный | <input type="checkbox"/> Непочечноклеточный |

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Эндометриоидный | <input type="checkbox"/> Неэндометриоидный |
| <input type="checkbox"/> Папиллярный | |
| <input type="checkbox"/> Фолликулярный | |
| <input type="checkbox"/> Гюрткелочный | |
| <input type="checkbox"/> Медуллярный | |
| <input type="checkbox"/> Анапластический | |

☐ Гистологический тип клеток

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Светлоклеточный | <input type="checkbox"/> Несветлоклеточный |
| <input type="checkbox"/> Мелкоклеточный | <input type="checkbox"/> Немелкоклеточный |
| <input type="checkbox"/> Базальноклеточный | <input type="checkbox"/> Небазальноклеточный |
| <input type="checkbox"/> Плоскоклеточный | <input type="checkbox"/> Неплоскоклеточный |

☐ Степень дифференцированности ткани опухоли:

- ☐ Низкодифференцированная
- ☐ Умереннодифференцированная
- ☐ Высокодифференцированная
- ☐ Не определена

Иммуногистохимия/маркеры <*>:

Наличие мутаций в гене RAS: ☐ да ☐ нет

Наличие мутаций в гене EGFR: ☐ да ☐ нет

Наличие транслокации в генах ALK или ROS1: ☐ да ☐ нет

Уровень экспрессии белка PD-L1: ☐ повышенная экспрессия ☐ отсутствие повышенной экспрессии

Наличие мутаций в гене BRAF: ☐ да ☐ нет

Наличие мутаций в гене c-Kit: ☐ да ☐ нет

Наличие рецепторов к эстрогенам: ☐ да ☐ нет

Наличие рецепторов к прогестерону: ☐ да ☐ нет

Индекс пролиферативной активности экспрессии Ki-67: ☐ высокий ☐ низкий

Уровень экспрессии белка HER2: ☐ гиперэкспрессия ☐ отсутствие гиперэкспрессии

Наличие мутаций в генах BRCA: ☐ да ☐ нет

Проведение консилиума:

- ☐ определение тактики обследования
- ☐ определение тактики лечения
- ☐ изменение тактики лечения

Проведенное лечение:

☐ Хирургическое лечение

- ☐ Первичной опухоли, в том числе с удалением регионарных лимфатических узлов
- ☐ Метастазов
- ☐ Симптоматическое
- ☐ Выполнено хирургическое стадирование
- ☐ Регионарных лимфатических узлов без первичной опухоли

☐ Лекарственная противоопухолевая терапия

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Первый цикл линии | <input type="checkbox"/> Первая линия |
| <input type="checkbox"/> Последующие циклы линии (кроме последнего) | <input type="checkbox"/> Вторая линия |
| <input type="checkbox"/> Последний цикл линии (лечение прервано); | <input type="checkbox"/> Третья линия |
| <input type="checkbox"/> Последний цикл линии (лечение завершено) | <input type="checkbox"/> Линия после третьей |

Назначенные препараты <***>:

Номер схемы: _____

МНН	Режим дозирования
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

☐ Лучевая терапия

☐ Первичной опухоли/ложа опухоли

☐ Метастазов

☐ Симптоматическая

СОД: _____

☐ Химиолучевая терапия

☐ Лучевая терапия первичной опухоли/ложа опухоли

☐ Лучевая терапия метастазов

☐ Симптоматическая лучевая терапия

СОД: _____

Назначенные препараты <***>:

Номер схемы: _____

МНН	Режим дозирования
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

Противопоказания в отказы и дата регистрации:

☐ Противопоказания к проведению хирургического лечения "___" _____ 201_ г.

☐ Противопоказания к проведению химиотерапевтического лечения "___" _____ 201_ г.

☐ Противопоказания к проведению лучевой терапии "___" _____ 201_ г.

☐ Отказ от проведения хирургического лечения "___" _____ 201_ г.

☐ Отказ от проведения химиотерапевтического лечения "___" _____ 201_ г.

☐ Отказ от проведения лучевой терапии "___" _____ 201_ г.

<*> Для диагнозов C15, C16, C18, C19, C20, C25, C32, C34, C50, C53, C56, C61, C67 указывается, является ли опухоль эпителиальной.

Для диагнозов C15, C16 (эпителиальная опухоль) указывается, является ли опухоль

аденокарциномой.

Для диагноза C34 (эпителиальная опухоль) указывается, является ли опухоль мелкоклеточной.

Для диагноза C44 (эпителиальная опухоль) указывается, является ли опухоль базальноклеточной или плоскоклеточной.

Для диагноза C54 (любой тип опухоли) указывается, является ли опухоль эндометриоидной, а также, для эндометриоидной опухоли, указывается степень дифференцированности опухоли.

Для диагноза C56 (эпителиальная опухоль) указывается степень дифференцированности опухоли.

Для диагноза C64 (любой тип опухоли) указывается, является ли опухоль почечноклеточной, а также, для почечноклеточной опухоли, является ли она светлоклеточной.

Для диагноза C73 (любой тип опухоли) указывается, является ли опухоль папиллярной, фолликулярной, гюртклеточной, медуллярной или анапластической.

<*> Для диагноза C16 (эпителиальная опухоль) указывается уровень экспрессии белка HER2.

Для диагнозов C18, C19, C20 (эпителиальная опухоль) указывается наличие мутаций в гене RAS.

Для диагноза C34 (эпителиальная опухоль) указываются наличие мутаций в гене EGFR, наличие транслокации в генах ALK или ROS1, уровень экспрессии белка PD-L1.

Для диагноза C43 указываются наличие мутаций в гене BRAF, наличие мутаций в гене c-Kit.

Для диагноза C50 (эпителиальная опухоль) указываются наличие рецепторов к эстрогенам, наличие рецепторов к прогестерону, индекс пролиферативной активности экспрессии Ki-67, уровень экспрессии белка HER2, наличие мутаций в генах BRCA.

<***> Указывается либо номер схемы, либо МНН и режим дозирования.
