



ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

28.05.2012г.

787

г. Воронеж

**О проведении в Воронежской области скрининговых программ,
направленных на снижение смертности от злокачественных
новообразований**

В 2012 году в Воронежской области стартовала национальная онкологическая программа в рамках национального проекта «Здоровье», одним из приоритетов которой является профилактическая составляющая.

Скрининг, нацеленный на раннее выявление злокачественных новообразований и предраковой патологии, позволяет осуществить радикальное лечение этой категории больных. В целях снижения смертности от этого грозного заболевания п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить прилагаемые:

1.1. Скрининговые программы: маммографического обследования женского населения, цитологического обследования женского населения, флюорографического обследования населения.

1.2. Формы учета и отчета скрининговых программ:

1.2.1. Регистр населения, подлежащего скрининговым обследованиям.

1.2.2. Отчет о проведении скрининговых программ за 3, 6, 9, 12 месяцев.

1.2.3. Форму ежеквартального мониторинга проведения скрининговых программ.

2. Главным врачам государственных учреждений здравоохранения обеспечить:

2.1. Проработку с медицинским персоналом целей и задач программ, моделей скринингов, методических рекомендаций по их реализации.

Срок до 01.07.2012г

2.2. Назначение ответственных за реализацию скрининговых программ.

Срок до 01.06.2012г

2.3. Формирование регистров населения, подлежащих скрининговым обследованиям.

Срок до 10.06.2012г

2.4. Проведение оценки результатов реализации скрининговых программ.

Срок - ежеквартально

2.5. Формирование групп диспансерного наблюдения по всем скрининговым программам.

Срок до 10.06.2012г

2.6. Неукоснительный контроль за реализацией скрининговых обследований и достоверности отчетной документации.

Срок - ежеквартально

3. Рекомендовать главам администраций городских округов и муниципальных районов области поручить руководителям подведомственных учреждений здравоохранения обеспечить выполнение пункта 2 настоящего приказа.

4. Главному врачу БУЗ ВО ВОКОД Чевардову Н.И., главным внештатным специалистам по онкологии города и области Савенку Э.В., Коротких Н.В., Фонштейну М.С.:

4.1. Оказывать организационно-методическую помощь учреждениям здравоохранения при реализации скрининговых программ, утвержденных настоящим приказом.

4.2. Проводить ежеквартальный анализ хода реализации скрининговых программ и своевременную коррекцию мероприятий по их реализации.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя департамента Образцову Е.Е.

Руководитель департамента

В.В. Ведринцев

**Программа
скринингового цитологического обследования женского населения.**

I. Цель: снижение смертности от рака шейки матки.

II. Задачи:

1. выявление фоновой и предраковой патологии шейки матки, на основании чего формирование диспансерных групп;
2. выявление рака шейки матки на ранних стадиях.

III. Организационное проектирование - модель скрининга (рис1).

3.1 Скринингу на рак шейки матки подлежат женщины от 18 лет (или с момента начала половой жизни) и далее все возрастные группы один раз в год.

3.2 Скринингу не подлежат женщины, у которых уже имеется диагноз заболеваний женской половой сферы, и те, которые состоят на учете у врача-гинеколога или онкогинеколога.

3.3 Профилактическое обследование должно носить массовый поточный характер.

3.4. Для обеспечения максимального охвата женщин обследованием структуры, участвующие в скрининге рака шейки матки, должны работать на протяжении полного рабочего дня учреждения, в котором они размещены, а часы их работы должны совпадать по времени.

IV. Методическое обеспечение:

- методические рекомендации;
- семинары врачей цитологов;
- семинары акушеров смотровых кабинетов;
- обучение врачей женских консультаций по онкологическим направлениям.

V. Реализация программы.

1. Подготовка регламентирующих документов департаментом здравоохранения Воронежской области, обеспечивающих проведение цитологического скрининга.

2. Уровни ответственности за проведение цитологического скрининга.

2.1. Заместитель главного врача по поликлинике контролирует:

2.11 направление пациентов поликлиники в смотровой кабинет работниками регистратуры, участковыми врачами и специалистами различного профиля;

2.12 работу женского смотрового кабинета, цитологической лаборатории, женской консультации;

2.13 качество ведения диспансерных групп фоновой и предраковой патологии.

2.2. Врач-онколог оказывает методическую помощь акушеркам смотрового кабинета, ФАПа, участковым врачам.

2.3. Участковые медицинские сестры и сестры, работающие с врачами-специалистами, подготавливая амбулаторные карты к приему, должны обращать внимание на наличие отметки о прохождении смотрового кабинета и направлять в него женщин, не имеющих в амбулаторной карте такой отметки, активно приглашать женщин для обследования.

3. Формирование регистра женщин от 18 лет (или с момента начала половой жизни) с постоянным обновлением данных (приложение №2).

4. Ежеквартальная оценка результатов цитологического скрининга с формированием групп диспансерного наблюдения для мониторинга и коррекции по нозологическому принципу.

5. Поэтапная коррекция эффективности скрининга.

VI. Система контроля цитологического скрининга.

1. Контроль за проведением цитологического скрининга в Воронежской области, его эффективность осуществляет главный внештатный онкогинеколог департамента здравоохранения Воронежской области.

2. Заместитель главного врача по поликлинике контролирует проведение цитологического скрининга прикрепленной территории, оценивает его результативность.

3. Районный акушер-гинеколог или заведующий женской консультацией формирует и ведет регистр женщин, подлежащих цитологическому скринингу.

4. Районный акушер-гинеколог или заведующий женской консультацией представляет отчет о цитологическом скрининге женщин по выявлению патологии шейки матки не позднее 25 числа последнего месяца отчетного периода (1 квартал, полугодие, 9 месяцев, год) главному внештатному онкогинекологу департамента здравоохранения Воронежской области (приложение 3).

5. Специалист, выполняющий цитологические исследования, представляет отчет, подписанный заведующим лабораторией, не позднее 25 числа последнего месяца отчетного периода (1 квартал, полугодие, 9

месяцев, год) главному внештатному специалисту по клинической цитологии департамента здравоохранения Воронежской области (приложение 3).

6. Онколог контролирует, повторное взятие мазков на онкоцитологическое исследование при неинформативности материала.

7. Цитолог контролирует качество взятых акушеркой мазков на онкоцитологическое исследование.

VII. Прогнозные индикаторы.

Снижение показателя поздней диагностики рака шейки матки:

- 2012г – 42,5%,
- 2013г – 40,5%,
- 2014 г – 38%.

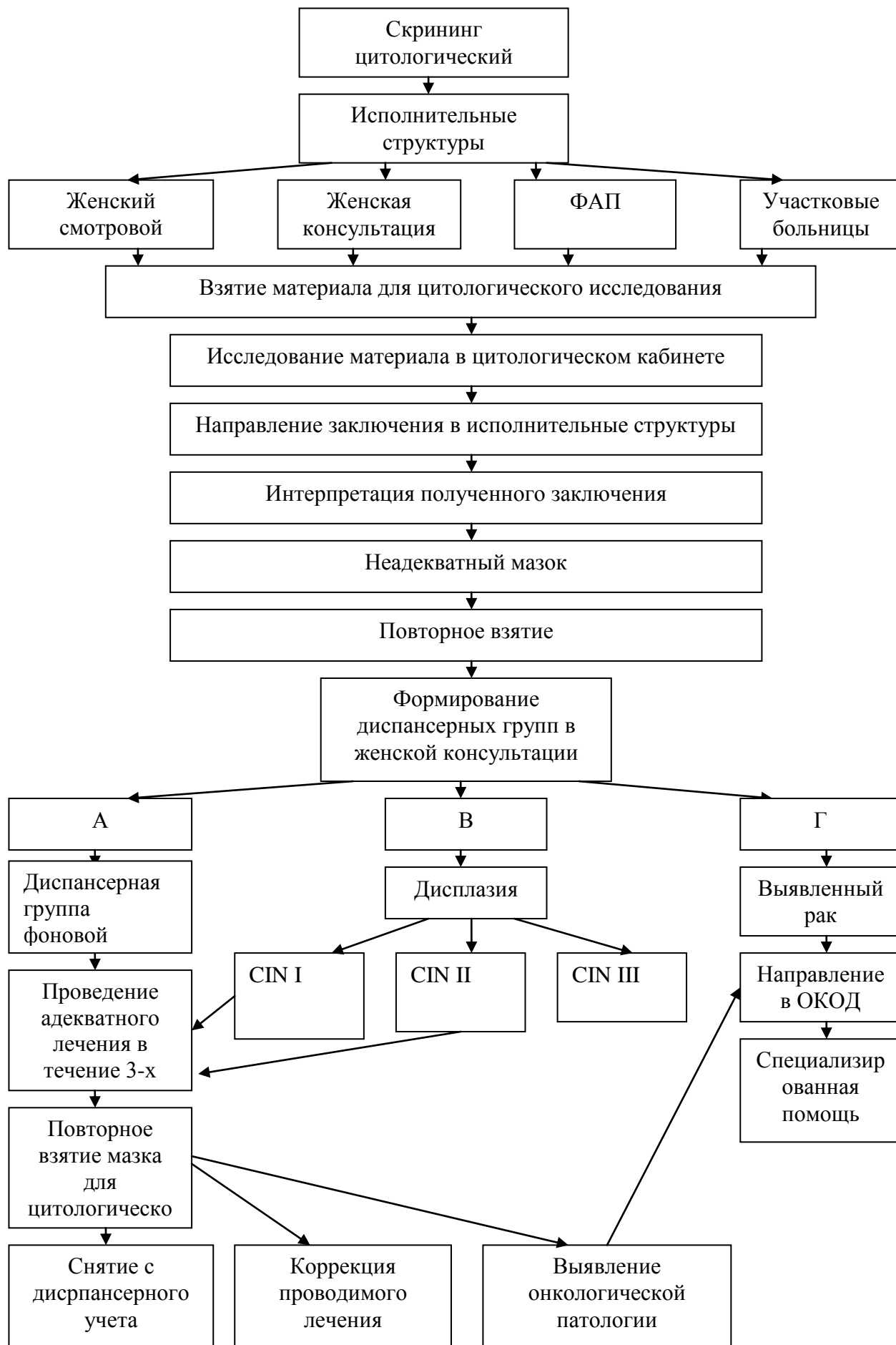


Рис 1. Структурная схема модели цитологического скрининга.

УТВЕРЖДЕНО
приказом департамента
здравоохранения Воронежской области
от 28.05.2012 №787

Приложение №1
к программе скринингового
цитологического обследования
женского населения.

Порядок цитологического скрининга.

1. Порядок цитологического скрининга заболеваний шейки матки включает: опрос, осмотр в зеркалах, бимануальное исследование, цитологическое исследование соскобов с шейки матки и цервикального канала.
2. Мазок с указанием фамилии женщины с оформленным направлением в этот же или на следующий день должен быть направлен в цитологическую лабораторию. Маркировка цитологических препаратов производится простым карандашом по матовой поверхности предметного стекла или стеклографом. Направление на цитологическое исследование, прилагаемое к препарату, оформляется по форме № 446/у Приказа МЗ РФ от 24.04.2003 №174. Все препараты по скринингу упаковываются отдельно, указывается наименование учреждения и ставится маркировка «Скрининг», что имеет значение для организации работы с ними в цитологической лаборатории.
3. О результатах скрининга акушерка извещает женщину. При наличии патологических изменений женских половых органов больную направляют на дообследования в женскую консультацию. При заключении «цитограмма без особенностей» анализ передают в регистратуру поликлиники для помещения в амбулаторную карту. Женщинам, у которых при осмотре и при цитологическом исследовании соскоба с шейки матки патологии не выявлено, выдается заключение о прохождении скрининга с рекомендацией пройти очередное обследование в установленные сроки.
В смотровом кабинете акушерка ведет журнал регистрации цитологических исследований по следующей форме:

№/№	ФИО	Дата взятия мазка	Год рождения	Цитологическое заключение	Дата повторного взятия мазка	Повторное цитологическое заключение	К кому направлена больная	Уточненный диагноз
-----	-----	----------------------	--------------	------------------------------	------------------------------------	---	---------------------------------	-----------------------

Наряду с установленной медицинской документацией для ФАПа и смотрового кабинета, женской консультации результаты осмотра женщин, прошедших скрининг, фиксируются в специальной картотеке - регистре цитологического скрининга женщин по выявлению патологии шейки матки. Регистр создается на основании списка женщин, составленного участковыми медицинскими сестрами, из проживающих в районе обслуживания ФАПа, поликлиники или женской консультации и подлежащих профилактическому осмотру. Проверку списочного состава и пополнение карточек на женщин следует проводить ежегодно.

4. Организация работы в цитологической лаборатории.

4.1 Прием поступившего материала осуществляют медрегистратор (в централизованных цитологических лабораториях), фельдшер-лаборант КДЛ. Обработка материала (маркировка, фиксация, окраска препаратов) проводится только фельдшером-лаборантом. При скрининге осуществляется двухступенчатый просмотр препаратов. На первой ступени все препараты осматривает фельдшер-лаборант, имеющий сертификат по клинической лабораторной диагностике и прошедший специальную подготовку по цитологическим методам исследования гинекологических мазков. При цитологической картине, соответствующей норме (для репродуктивного возраста), выдается заключение. На вторую ступень для просмотра врачу (диагностическое исследование) направляются препараты:

- имеющие патологию;
- от женщин, находящихся в постменопаузе;
- от пациенток с любым клиническим диагнозом.

Врач, выполняющий цитологические исследования, должен иметь сертификат по клинической лабораторной диагностике, первичную специализацию или усовершенствование по клинической цитологии, обладать достаточными теоретическими знаниями и практическими навыками в данном разделе цитологии, работать в тесном контакте с врачами акушерами-гинекологами и акушерками смотровых кабинетов. Контролировать результаты своей работы, осуществляя все мероприятия по внутрилабораторному и внешнему контролю качества.

Микроскопии подлежат хорошо фиксированные и окрашенные в соответствии со стандартными методиками, хорошо просматриваемые мазки с достаточным количеством эпителиальных клеток.

При микроскопии препаратов в первую очередь оценивается качество взятия материала, т.е. пригодность мазка для полноценного цитологического исследования. Результаты этого обязательно должны быть отражены в заключении (адекватный, недостаточно адекватный, неадекватный материал).

Даже неадекватные мазки, если в них обнаружены патологические клетки, должны быть зарегистрированы в соответствии со степенью имеющейся патологии.

При обнаружении предраковых изменений (дисплазии/ цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) любой степени) и рака на пациентку заводят карточку, а препараты отправляют в архив, где их хранят до востребования или не менее 5 лет при дисплазии и пожизненно при раке.

Сроки проведения цитологического исследования с выдачей заключения начинаются от момента поступления материала в лабораторию до готовности цитологического заключения в письменном виде:

- до 15 суток при гинекологических профосмотрах и скрининговых исследованиях;
- до 3 суток при диагностических исследованиях, при необходимости проведения дополнительных исследований – до 7 суток.

Результаты цитологического исследования по форме № 446/у поступают из лаборатории в учреждение, где был произведен забор материала, и фиксируются в журнале.

4.2 Контроль качества цитологических исследований.

4.2.1 Внутрिलाбораторный контроль качества. В связи со спецификой цитологических исследований, контроль их качества включает в себя ряд мероприятий и предполагает наличие определенных контрольных средств и материалов. В полном объеме система мер по внутрिलाбораторному контролю качества осуществима только в специализированных цитологических лабораториях с максимальной концентрацией специалистов. Организует и проводит внутрिलाбораторный контроль качества опытный врач, назначенный ответственным за его проведение. Результаты контроля качества фиксируются в специальном журнале.

4.2.2 Внешний контроль качества. В соответствии с Приказом № 117 МЗ и МП РФ от 03.05.1995 г., все клиничко-диагностические лаборатории должны ежегодно принимать участие в Федеральной Системе Внешней Оценки Качества (ФСВОК) клинических лабораторных исследований.

Специализированные цитологические лаборатории и КДЛ, где выполняются цитологические исследования, должны принимать участие в ФСВОК в разделе «клиническая цитология», а также в межлабораторном контроле качества по цитологическим методам исследования.

4.3 Учетно-отчетная документация и архив патологии цитологической лаборатории.

В цитологической лаборатории ведется следующая учетно-отчетная документация:

Журнал регистрации поступления цитологического материала

Дата	Наименование учреждения здравоохранения	Количество поступивших мазков	Количество выданных результатов	Ф.И.О. и подпись представителя учреждения здравоохранения

Журнал регистрации результатов цитологического исследования

№ п/п	Дата	Ф.И.О.	Год рожд.	Дом. адрес	Наименование учреждения здравоохранения	Цитологическое заключение

Журнал регистрации предраковой патологии и рака шейки матки

№ п/п	Дата	ФИО	Г.р.	Дом. адрес	Наименование учр.здр.	Клинич. диагноз	Цитологич. заключение	Гистол. диагноз

Алфавитная картотека патологии: заполняются сигнальные карты на женщин, зарегистрированных в журнале № 3, с указанием всех данных из журнала. Карты расставляются в алфавитном порядке. Сигнальная карта заводится на женщину один раз, в нее вносятся результаты всех последующих цитологических исследований. Регистрационный номер в журнале, сигнальной карте и на микропрепарате должны совпадать.

Архив микропрепаратов.

Журнал внутрилабораторного контроля качества

№ п/п	Дата	ФИО врача/лаборанта	Кол-во контрольных препаратов	Кол-во ошибочных заключений	Подпись врача, ответственного за контроль качества

УТВЕРЖДЕНО
приказом департамента
здравоохранения Воронежской области
от 28.05 № 787 .

Приложение №2 к программе скринингового
цитологического обследования женского
населения.

Регистр цитологического скрининга женщин по выявлению патологии шейки матки

№ п/п	Ф.И.О	Дата рождения	Домашний адрес	Наличие в анамнезе гинекологической патологии	Дата гинекологического обследования	Результат	Дата забора материала на онкоцитологию с шейки матки и цервикального канала	Результат	Направление на дообследование		Результаты дообследования	
									Дата	Наименование медицинского учреждения	Заключительный диагноз	Дата
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Примечание:

1. В журнал вносится информация о всех женщинах с 18 лет и старше, прикрепленных к данному медицинскому учреждению и подлежащих цитологическому скринингу.
2. Не подлежат цитологическому скринингу женщины, находящиеся на диспансерном учете у гинеколога или онкогинеколога.

3. Цитологический скрининг женщин по выявлению патологии шейки матки проводится 1 раз в год.
4. Фамилия каждой конкретной женщины вносится в журнал только 1 раз.
5. Графа «Результаты дообследования» заполняются на основании заключения гинеколога.

УТВЕРЖДЕНО
приказом департамента
здравоохранения Воронежской области
от 28.05. №787 _____.

Приложение №3 к программе
скринингового цитологического
обследования женского населения.

Отчет
о цитологическом скрининге женщин по выявлению патологии шейки матки
за 3, 6, 9, 12 месяцев.

№ п/п	Показатель	Количество за отчетный период
1	Выполнено цитологических исследований (количество препаратов)	
2	Выполнено цитологических анализов при гинекологическом осмотре (соскоб с шейки матки и цервикального канала; количество женщин), в т. ч. при профосмотре (скрининге)	
2.1	Выявлено общей патологии, в т. ч. при профосмотре (скрининге) из них:	
2.1.1	нерезко выраженные изменения плоского эпителия (дисплазия легкой степени, признаки папилломавирусной инфекции, атипия неясного значения), в т. ч. при профосмотре (скрининге)	
2.1.2	Выраженные изменения плоского эпителия (дисплазия умеренной и тяжелой степени), в т. ч. при профосмотре (скрининге)	
2.1.3	Рак (подозрение на рак), в т. ч. при профосмотре (скрининге)	
3	Адекватность взятия гинекологического материала (%)	

Специалист, выполняющий цитологические исследования, представляет отчет, подписанный заведующим лабораторией, не позднее 25 числа последнего месяца отчетного периода (1 квартал, 1 полугодие, 9

месяцев, год) главному внештатному специалисту по клинической цитологии Департамента Здравоохранения Воронежской области.

Контакты:

1. г. Воронеж, Московский проспект, 151, БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1», цитологическая лаборатория;

2. тел/факс 8(473)2579797;

3. e-mail: shev_ee@mail.ru

Контактное лицо: Шевелина Елена Евгеньевна.

ОТЧЕТ

о цитологическом скрининге женщин по выявлению патологии шейки матки за _____ (квартал, год) по _____

(медицинскому учреждению, городу, району)

Число женщин с 18 лет и старше, проживающих на прикрепленной территории		Число женщин, прошедших гинекологический осмотр		Число женщин, у которых взят мазок с шейки матки и цервикального канала		Количество женщин у которых выявлены (в абс. числах)					Наименование инструментария, которым забирается мазок с шейки матки и цервикального канала
						легкая дисплазия	умеренная дисплазия	тяжелая дисплазия	подозрение на рак	рак	
Всего	в т.ч. подлежащих цитологическому скринингу	в абс. числах	в % от числа подлежащих	в абс. числах	в % от числа подлежащих						
		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Примечание:

1. Не подлежат цитологическому скринингу женщины, состоящие на диспансерном учете у гинеколога или онкогинеколога.

2. При составлении отчета каждая женщина учитывается в течение года один раз.

3. Отчет составляется на основании сведений «Журнала учета цитологического скрининга женщин по выявлению патологии шейки матки».

Районный акушер-гинеколог или заведующий женской консультацией представляет отчет о цитологическом скрининге женщин по выявлению патологии шейки матки не позднее 25 числа последнего месяца отчетного периода (1 квартал, 1 полугодие, 9 месяцев, год) главному внештатному онкогинекологу департамента здравоохранения Воронежской области.

Контакты:

1. г. Воронеж, ул Вайцеховского 4, БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер», радиологическое отделение №4;

2. тел/факс 8(473)2552827;

3. e-mail: kornat78@mail.ru

Контактное лицо: Коротких Наталия Викторовна.

Программа скринингового маммографического обследования женского населения.

I. Цель маммографического скрининга - снижение смертности от рака молочной железы.

II. Задачи:

1. Выявление неопухолевой патологии молочных желёз.
2. Выявление доброкачественной опухолевой патологии.
3. Выявление ранних форм рака.

III. Организационное проектирование- модель скрининга (Рис.1).

3.1 Скринингу подлежат женщины от 40 до 69 лет с интервалом один раз в два года.

3.2 Скринингу не подлежат женщины, у которых уже имеется диагноз рак молочной железы, и те которые состоят на учёте у врача онколога.

3.3 Скрининг должен носить массовый поточный характер. Для обеспечения максимального охвата женщин обследованием структуры, участвующие в скрининге рака молочной железы, должны работать на протяжении полного рабочего дня учреждения, в котором они размещены, а часы их работы должны совпадать по времени.

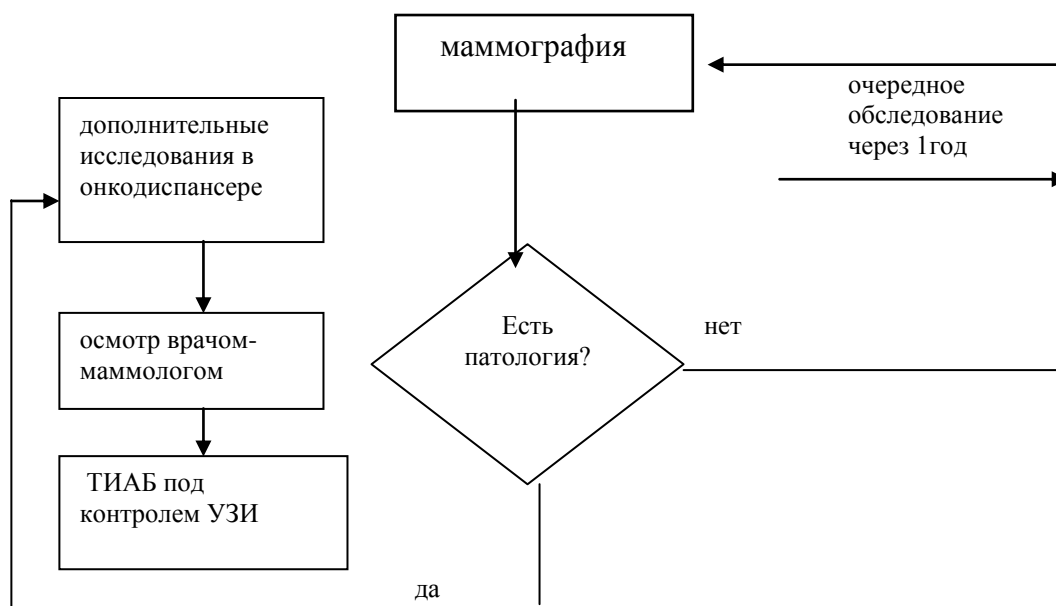


Рис.1. Алгоритм процесса профилактических осмотров молочных желез у женщин в возрасте после 40 лет.

IV. Методическое обеспечение:

- методические рекомендации;
- обучение рентгенологов на рабочем месте в БУЗ ВО ВОКОД.

V. Реализация программы.

1. Подготовка регламентирующих документов департаментом здравоохранения Воронежской области, обеспечивающих проведение маммографического скрининга.

2. Основные направления реализации скрининга:

- формирование регистра женщин, подлежащих обследованию;
- обеспечение техническими и кадровыми ресурсами;
- организация поэтапной коллегиальной оценки результатов скрининга;
- учёт и маршрутизация женщин с выявленной онкологической патологией;
- адекватное лечение гинекологами выявленной нераковой патологии молочных желёз.

VI. Система контроля маммографического скрининга.

1. Контроль за проведением маммографического скрининга в Воронежской области, его эффективность осуществляет главный внештатный онколог департамента здравоохранения Воронежской области.

2. Заместитель главного врача ЛПУ по поликлинике и по сети формируют в динамическом режиме регистр женщин, подлежащих скринингу.

3. Главный врач ЛПУ назначает приказом ответственного за реализацию скрининговой программы.

4. Онколог ЛПУ контролирует качество маммографических обследований путём выборочных консультаций маммограмм в ВОКОД.

5. Заместитель главного врача ЛПУ по поликлинике осуществляет контроль за качеством лечения выявленной доброкачественной патологии молочной железы.

6. Специалист, ответственный за скрининг представляет отчет маммографическом скрининге населения не позднее 25 числа последнего месяца отчетного периода (1 квартал, полугодие, 9 месяцев, год) главному внештатному онкологу департамента здравоохранения Воронежской области (приложение №4).

УТВЕРЖДЕНО
приказом департамента
здравоохранения Воронежской области
от 28.05. №787 _____.

Приложение № 4 к программе
скринингового маммографического
обследования женского населения.

ОТЧЕТ

о маммографическом скрининге населения.

за _____ (квартал, год) по _____
(медицинскому учреждению, городу, району)

Проведено исследований	Выявлено патологий								
	Рак		Фиброаденома		Узловая мастопатия		Диффузная мастопатия		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	

Подается в БУЗ ВО ВОКОД список больных раком и подозрением на рак молочной железы, выявленных при маммографическом скрининге по форме.

№ п/п	Ф.И.О.	Адрес	Год рождения	Дано направления в ВОКОД	Уточненный диагноз

Программа

скринингового флюорографического обследования населения.

I. Цель: снижение смертности от рака легких.

II. Задачи:

1. выявление опухолевых заболеваний легких и средостения с формированием диспансерных групп;

2. выявление рака легких на ранних стадиях.

III. Организационное проектирование - модель скрининга (рис1).

3.1 Скринингу на рак легких подлежит все население от 18 лет один раз в год.

3.2 Скринингу не подлежат лица, у которых установлен диагноз злокачественного новообразования.

3.3 Проведение флюорографических исследований должно носить массовый поточный характер.

IV. Методическое обеспечение:

- методические рекомендации;
- семинары врачей рентгенологов;
- семинары рентгенолаборантов;
- обучение врачей первичного звена по онкологической тематике.

V. Реализация программы:

1. Подготовка регламентирующих документов департаментом здравоохранения Воронежской области, обеспечивающих проведение флюорографического скрининга.

2. Уровни ответственности за проведение флюорографического скрининга.

2.1. Заместитель главного врача по поликлинике ЛПУ контролирует:

• направление первичных больных регистратурой поликлиники на флюорографию, а также участковыми врачами и специалистами различного профиля;

• работу флюорографического кабинета, ведение документации;

• качество уточняющей диагностики, преемственности с участковыми терапевтами, ведения диспансерных групп.

2.2. Заместитель главного врача по сети обеспечивает флюорографическое обследование населения на территории обслуживания ЦРБ.

2.3. Врач-онколог:

- оказывает методическую помощь специалистам-рентгенологам в разделении контингента для диагностического и профилактического исследования;

- обеспечивает методическую помощь участковым терапевтам в проведении полноценного обследования диспансерных больных;

- контролирует достоверность отчетной документации.

2.4. Участковые медицинские сестры и сестры, работающие с врачами-специалистами, подготавливая амбулаторные карты к приему, должны обращать внимание на наличие отметки о прохождении флюорографии и направлять на исследование, не имеющих в амбулаторной карте такой отметки. А также активно приглашать на флюорографию.

2.5. Контроль над проведением скрининга, его эффективности обеспечивает заместитель главного врача ЛПУ, на которого возложена эта функция.

2.6. Формирование регистра населения от 18 лет с постоянным обновлением данных (приложение №5) обеспечивает назначенный главным врачом специалист-рентгенолог.

2.7. Ежеквартально заместителем главного врача, назначенного ответственным по этому направлению, проводится оценка результатов флюорографического скрининга и ведения групп диспансерного наблюдения.

3. Поэтапная коррекция эффективности скрининга.

VI. Система контроля флюорографического скрининга.

1. Обязательное повторное чтение пленки.

2. Выборочный контроль качества интерпретации рентгенологических данных заведующим рентгенологическим отделением БУЗ ВО ВОКОД.

3. Анализ ошибок врачей-рентгенологов на пульмонологической комиссии по результатам протоколов поздней диагностики на ВК, вскрытий.

4. Специалист, ответственный за скрининг представляет отчет о флюорографическом скрининге населения не позднее 25 числа последнего месяца отчетного периода (1 квартал, полугодие, 9 месяцев, год) главному внештатному онкологу департамента здравоохранения Воронежской области (приложение №6).

VII. Прогнозные индикаторы.

- Активная выявляемость рака легких при флюорографическом исследовании – 0,025%.

- Показатель поздней диагностики рака легких – 33,66%.

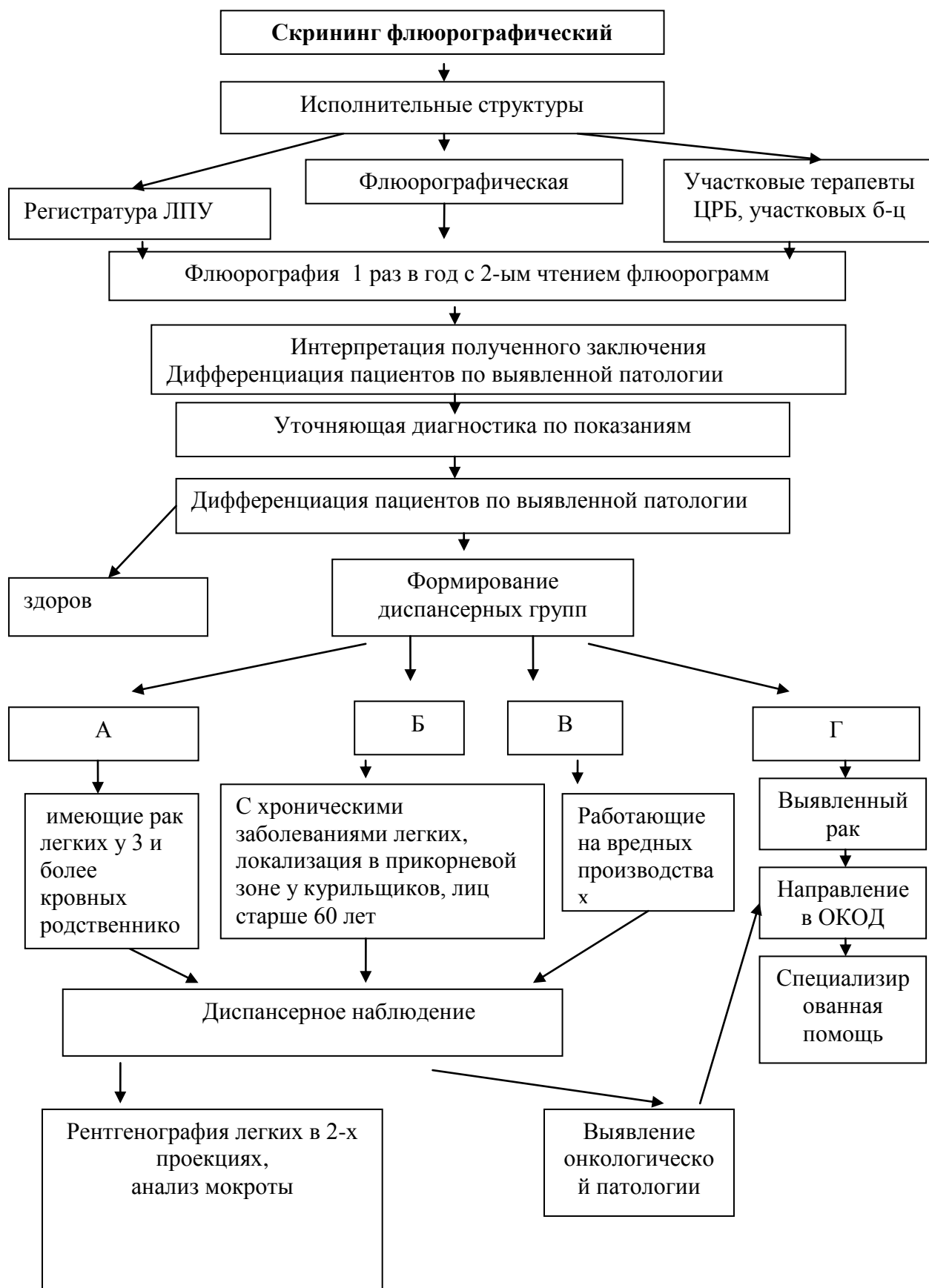


Рис 1. Структурная схема модели флюорографического скрининга.

УТВЕРЖДЕНО
приказом департамента
здравоохранения Воронежской области
от 28.05.2012 №787.

Приложение № 5 к программе скринингового
флюорографического обследования населения.

Регистр флюорографического скрининга населения

№ п/п	Ф.И.О	Дата рождени я	Домашн ий адрес	Дата флюорог рафичес кого обследов ания	Результа т	Направление на дообследование		Результаты дообследования	
						Дата	Наименова ние медицинск ого учреждени я	Заключител ьный диагноз	Дата

Примечание:

1. В журнал вносится информация о населении с 18 лет и старше, прикрепленных к данному медицинскому учреждению и подлежащих флюорографическому скринингу.
2. Не подлежат флюорографическому скринингу лица, находящиеся на диспансерном учете у пульмонолога или онколога.
3. Флюорографический скрининг населения проводится 1 раз в год.

4. Фамилия каждого конкретного лица вносится в журнал только 1 раз.
5. Графа «Результаты дообследования» заполняются на основании дообследования.

УТВЕРЖДЕНО
 приказом департамента
 здравоохранения Воронежской области
 от 28.05.2012 №787 _____.

Приложение № 6 к программе
 скринингового флюорографического
 обследования населения.

ОТЧЕТ

о флюорографическом скрининге населения

за _____ (квартал, год) по _____
 (медицинскому учреждению, городу, району)

Число лиц с 18 лет и старше, проживающих на прикрепленной территории		Число лиц, прошедших флюорографию		рак	
		абс.	% к плану	абс	% к обслед
Всего	план				

Подается в БУЗ ВО ВОКОД список больных раком легкого, выявленных при флюорографическом исследовании по форме.

№	ФИО	Год рождения	стадия	Куда направлен больной