|  |  |
| --- | --- |
|  | ПРИЛОЖЕНИЕ № 3к приказу министерства здравоохраненияНовосибирской областиот \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_ |

**ИНФОРМАЦИЯ**

**о впервые выявленных в ходе профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определённых групп взрослого населения случаях злокачественных новообразований**

по состоянию на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (нарастающим итогом)

(дата)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Месяц подачи  | Наименование МО | ФИО\* пациента | Дата рождения (чч/мм/гг) | Возраст  | Диагноз развернутый окончательный | Классификация по системе ТNM  | Стадия ЗНО (1,2,3,4) | Код МКБ-10 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|  |  |
| --- | --- |
| 1 этап ДВН или ПМО (из МИС НСО) | 2 этап ДВН (из МИС НСО) |
| Дата начала и окончания проведения 1 этапа ДВН (ПМО) | Обследование (при котором заподозрено ЗНО) | Основной диагноз терапевта (по МКБ-10) при завершении 1 этапа ДВН (ПМО) | Дата начала и окончания проведения 2 этапа | Консультация врача-специалиста (обследование) из перечня 2 этапа | Основной диагноз терапевта по МКБ-10) при завершении 2 этапа ДВН |
| Вид | Дата проведения | Вид | Дата проведения |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Осмотры онколога ЦАОП или ПОК (из МИС НСО) | Осмотры онколога ГБУЗ НСО НОКОД (из МИС НСО) | Взятие на "Д" учет по онкологии (из МИС НСО) (в течение 3-х дней после постановки диагноза ЗНО) | Примечание |
| Наименование МО (ЦАОП или ПОК) | Даты осмотра | Диагноз (МКБ-10) | Даты осмотра | Диагноз(МКБ-10) | Дата открытия формы № 30 | Диагноз (МКБ-10) | специальность врача |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Ответственное лицо за предоставление информации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО\*) (подпись)

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО\*) (подпись)

Дата предоставления информации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* последнее при наличии

\_\_\_\_\_\_\_\_\_