



**Министерство
здравоохранения Нижегородской области**

П Р И К А З

14.01.2019

Сл-315-3297/19

№ _____

г. Нижний Новгород

**О представлении ежемесячных отчетов о
проведении лекарственной
противоопухолевой терапии взрослому
населению медицинскими организациями
Нижегородской области**

В целях совершенствования оказания медицинских услуг взрослому населению Нижегородской области на этапах лечения по профилю «онкология»
п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

1.1. форму ежемесячного отчета «Сведения о пациентах, получивших лекарственную противоопухолевую терапию» (приложение 1);

1.2. перечень медицинских организаций, представляющих сведения в ГБУЗ НО «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер» (далее – НОКОД) (приложение 2).

2. Главным врачам медицинских организаций Нижегородской области:

2.1. назначить ответственных за предоставление сведений в НОКОД, с предоставлением приказа в НОКОД в срок до 14 января 2019 г.;

2.2. представлять отчет «Сведения о пациентах, получивших лекарственную противоопухолевую терапию» в соответствии с приложением №1 ежемесячно до 5 числа месяца следующего за отчетным, начиная с января 2019 года, в организационно-методический отдел НОКОД по защищенному каналу связи на адрес VipNet: MO-NK-01.

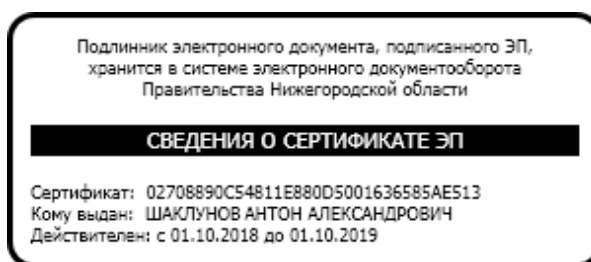
3. Главному врачу НОКОД О.В.Железину:

3.1. обеспечить контроль за своевременностью предоставления отчетов медицинскими организациями Нижегородской области;

3.2. предоставлять сводный отчет «Сведения о выполнении плана по проведению лекарственной противоопухолевой терапии», анализ выполнения плана, а также мероприятия, направленные на оптимизацию оказания лекарственной противоопухолевой терапии, в министерство здравоохранения Нижегородской области в соответствии с приложением № 3 ежеквартально в срок до 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

4. Контроль за исполнением приказа возложить на начальника отдела медицинской помощи взрослому населению Т.В.Егорову.

Министр



А.А.Шаклунов

Приложение 2
Утвержден
приказом
министерства здравоохранения
Нижегородской области
от _____ № _____

Перечень
медицинских организаций, представляющих сведения в ГБУЗ НО
«Нижегородский областной клинический онкологический диспансер»

№	Наименование медицинской организации
1	ГБУЗ НО «Городская больница №21 Автозаводского района г.Н.Новгорода»
2	ГБУЗ НО «Городская больница №33 Ленинского района г.Н.Новгорода»
3	ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39 Канавинского района г.Н.Новгорода»
4	ООО Научно-медицинская фирма «К-Тест»
5	ООО «Медис»
6	ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России
7	ФГБУЗ «Клиническая больница №50 ФМБА России» г.Саров
8	ГБУЗ НО «Центральная городская больница г.Арзамаса»
9	ГБУЗ НО «Балахнинская центральная районная больница»
10	ГБУЗ НО «Богородская центральная районная больница»
11	ГБУЗ НО «Борская центральная районная больница»
12	ГБУЗ НО «Выксунская центральная районная больница»
13	ГБУЗ НО «Городецкая центральная районная больница»
14	ГБУЗ НО «Лысковская центральная районная больница»
15	ГБУЗ НО «Павловская центральная районная больница»
16	ГБУЗ НО «Пильненская центральная районная больница»
17	ГБУЗ НО «Перевозская центральная районная больница»
18	ГБУЗ НО «Починковская центральная районная больница»
19	ГБУЗ НО «Семеновская центральная районная больница»

20	ГБУЗ НО «Сосновская центральная районная больница»
21	ГБУЗ НО «Сергачская центральная районная больница»
22	ГБУЗ НО «Чкаловская центральная районная больница»
23	ГБУЗ НО «Шахунская центральная районная больница»

Приложение 3
Утвержден
приказом
министерства здравоохранения
Нижегородской области
от _____ № _____

Сведения

о выполнении плана по проведению лекарственной противоопухолевой терапии

за отчетный период _____

	План по ПХТ на год	Факт выполнено (нарастающий итог)	% выполнения
Круглосуточный стационар			
Дневной стационар			

Приложение 1
Утвержден
приказом
министерства здравоохранения
Нижегородской области
от _____ № _____

1. Сведения о пациентах, получивших лекарственную противоопухолевую терапию

за місяць _____

наименование МО

	Месяц
	Врач
	ФИО пациента
	Дата рождения
	Адрес контактный телефон
	Район проживания
	П-ка по месту прикрепления
	Дата консилиума (первичный)
	Дата консилиума (повторный)
	Дата начала лечения
	КОД МКБ
	TNM
	Стадия
	КОД Схемы
	Схема, наименование и описание
	КСГ
	Линия
	Курс
	Дата рецидива

2. Сведения о выполнении плана по проведению лекарственной противоопухолевой терапии

за месяц _____
наименование МО _____

	План по ПХТ (на год)	Факт выполнено (нарастающий итог)	% выполнения
Круглосуточный стационар			
Дневной стационар			

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП,
хранится в системе электронного документооборота
Правительства Нижегородской области

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат: 02708890C54811E880D5001636585AE513
Кому выдан: ШАКЛУНОВ АНТОН АЛЕКСАНДРОВИЧ
Действителен: с 01.10.2018 до 01.10.2019