



**Министерство
здравоохранения Нижегородской области**

П Р И К А З

09.04.2021

315-307/21П/од

№ _____

г. Нижний Новгород

**Об организации референсного
морфологического центра Нижегородской
области по выявлению онкологической
патологии**

С целью улучшения качества выполнения прижизненных патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала в медицинских организациях и реализации мероприятий по совершенствованию цитологической диагностики, в том числе при диспансеризации определенных групп взрослого населения и раннему выявлению рака шейки матки в Нижегородской области

п р и к а з ы в а ю:

1. Создать на базе ГБУЗ НО «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер» референсный морфологический центр по проведению патолого-анатомических исследований биопсийного материала и цитологической диагностики по выявлению онкологической патологии (далее – Центр).

2. Утвердить прилагаемое положение о Центре (далее – Положение).

3. Главному врачу ГБУЗ НО «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер» обеспечить деятельность Центра в соответствии с утвержденным Положением.

4. Главным врачам медицинских организаций Нижегородской области обеспечить направление биопсийного (операционного) и цитологического материала в Центр в соответствии с утвержденным Положением.

5. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра по лечебной работе Белозерову С.Ч.

Заместитель Губернатора

Нижегородской области

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

Д.В.Мелик-Гусейнов

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат: 038C4CD200E1AC2AAC489F5E28B3690AA3
Кому выдан: Мелик-Гусейнов Давид Валерьевич
Действителен: с 04.03.2021 до 04.03.2022

Утверждено
приказом министерства здравоохранения
Нижегородской области
от _____ N _____

Положение о референсном морфологическом центре

Референсный морфологический центр организуется на базе ГБУЗ НО «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер» (далее – Центр) и состоит из 2-х отделений (гистологического и цитологического).

I. Гистологическое отделение

1. Общие положения

1.1. Оснащение Центра предусматривает наличие специального оборудования для проведения консультаций гистологических микропрепаратов (бинокулярные и тринокулярные микроскопы, роботизированная система гистологической и иммуногистохимической диагностики с архивированием).

1.2. Гистологическое отделение Центра относится к патологоанатомическому отделению и является его структурным подразделением, возглавляется руководителем объединенного патологоанатомического отделения, работу проводят врачи-патологоанатомы.

1.3. На должность врача-патологоанатома Центра назначается специалист с высшим профессиональным медицинским образованием, прошедший подготовку по патологической анатомии.

1.4. Врач-патологоанатом Центра в своей работе подчиняется руководителю объединенного патологоанатомического отделения, а в его отсутствие главному врачу медицинской организации или его заместителю.

1.5. В центре ведется вся необходимая учетно-отчетная документация по утвержденным формам, архив консультируемых гистологических препаратов и других документов с соблюдением установленных нормативными документами норм.

2. Основные задачи

2.1. Получение гистологических препаратов, парафиновых блоков и соответствующих им протоколов прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала от медицинских

организаций Нижегородской области и г. Нижнего Новгорода (далее – медицинские организации) в объеме не менее 10% законченных патолого-анатомических заключений от общего числа прижизненных патолого-анатомических исследований с выявленной онкопатологией за истекший месяц, а также материал, направленный в ГБУЗ НО «НОКОД» на пересмотры. ГБУЗ НО «Центральная городская больница г.Арзамаса», ГБУЗ НО «Павловская центральная районная больница» направляют биопсийный материал дистанционно при помощи роботизированной системы. В случае отсутствия технической возможности направления цифровых изображений (поломка оборудования) . ГБУЗ НО «Центральная городская больница г.Арзамаса», ГБУЗ НО «Павловская центральная районная больница» направляют материал по общим правилам.

2.2. Просмотр полученных гистологических препаратов и оценка соответствия результатов гистологического исследования данным предоставленным в «Протоколе прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала», подготовленным врачом-патологоанатомом медицинской организации, отправившим материал на консультацию.

2.3. Написание заключения по полученному от медицинской организации гистологическому материалу и отправка «Протокола прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала» в медицинскую организацию, направившему материал на пересмотр в течение 15 рабочих дней с момента поступления гистологических препаратов и парафиновых блоков. Материал, поступивший на пересмотр по направлению врача-онколога ГБУЗ НО «НОКОД», исследуются в соответствии со сроками, регламентированными соответствующей нормативной документацией.

2.4. В случае расхождения заключений врача-патологоанатома медицинской организации и Центра, врач-патологоанатом медицинской организации информируется о несовпадении заключений с последующим разбором случая расхождения и оформлением «Протокола разногласий».

2.5. Получение третьего мнения в случае расхождения заключений врача-патологоанатома медицинской организации и Центра в Федеральных референсных центрах.

2.6. Оказание консультативной помощи врачам-патологоанатомам медицинских организаций.

2.7. Оказание консультативной помощи фельдшерам-лаборантам медицинских организаций по вопросам преаналитического этапа обработки биопсийного (операционного) материала.

3. Помещение и штаты

3.1 Помещение для размещения гистологического отделения Центра – патолого-анатомическое отделение ГБУЗ НО «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер», расположенное по адресу: 603081, г. Нижний Новгород, шоссе Анкудиновское, д. 1, ул. Родионова, д. 190в.

3.2. Штаты гистологического отделения Центра устанавливаются в соответствии с действующими штатными нормативами и с учетом потребности в оказании специализированной помощи.

4. Организация работы

4.1. Режим работы гистологического отделения Центра: с 08.00 до 15.00 (с понедельника по пятницу) в соответствии со схемой направления биопсийного (операционного) материала в гистологическое отделение референсного морфологического центра. (Приложение 2).

4.2. Биопсийный (операционный материал) доставляется из медицинских организаций согласно «Перечня патолого-анатомических отделений медицинских организаций Нижегородской области, представляющих биопсийный (операционный) материал в Центр». (Приложение 1).

4.3. Гистологические препараты и парафиновые блоки с копией «Направления на прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала» по форме 014/у (Приложение 3) и копией «Протокола прижизненного патолого-анатомического исследования» по форме 014-1/у, передаются представителем медицинской организации под роспись в журнале дежурному фельдшеру-лаборанту гистологического отделения Центра, биопсийный материал, направленный в ГБУЗ НО «НОКОД» на пересмотр, доставляется в гистологическое отделение референсного морфологического центра из структурных подразделений онкологического диспансера с направлением врача-онколога ГБУЗ НО «НОКОД».

4.4. Карта морфологического референсного центра оформляется на каждое исследование, проведенное в гистологическом отделении Центра и направляется в медицинскую организацию по защищенному каналу связи (до 10 числа ежемесячно). (Приложение 4).

4.5. В случае расхождения патолого-анатомического диагноза медицинской организации и гистологического отделения Центра, неудовлетворительного качества гистологических препаратов, не позволяющего поставить диагноз, а также при наличии признаков нарушения морфологической сохранности материала, оформляется «Протокол разногласий с замечаниями, указанными в

карте референсного морфологического центра (гистологическое отделение)» и направляется в медицинскую организацию до 10 числа месяца следующего за отчетным и подписывается сторонами. (Приложение 5).

4.6. В случае расхождения патолого-анатомических диагнозов при отсутствии согласия между сторонами материал направляется в Федеральный референсный центр для получения третьего мнения.

4.7. Отчет о работе гистологического отделения референсного морфологического центра представляется в министерство здравоохранения Нижегородской области ежеквартально (до 15 числа месяца следующего за отчетным периодом).

Приложение 1
к Положению о референсном
морфологическом центре, утвержденному
приказом министерства здравоохранения
Нижегородской области
от _____ N _____

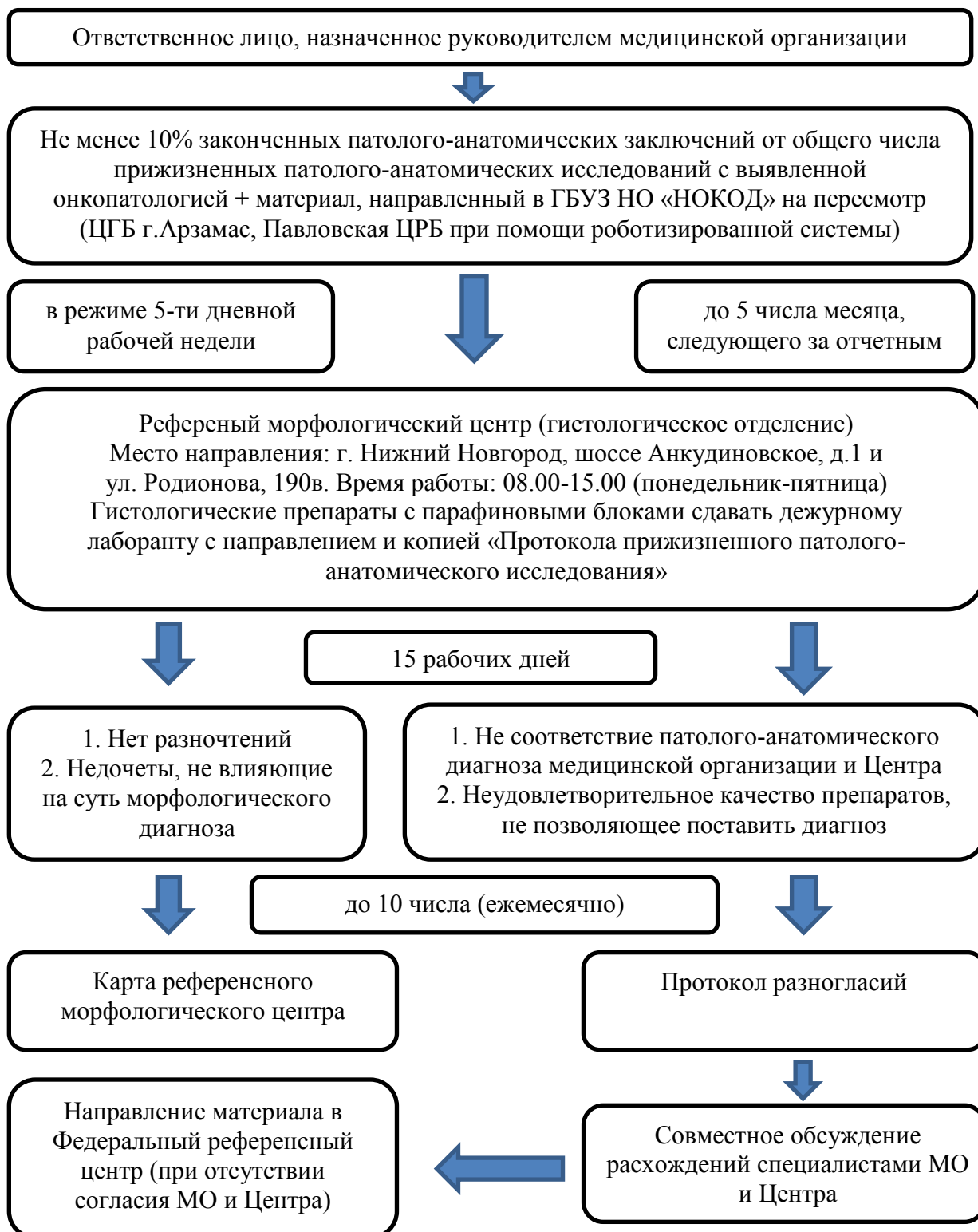
**Перечень патолого-анатомических отделений медицинских
организаций Нижегородской области, представляющих биопсийный
(операционный) материал в Центр**

№№ п/п	Наименование медицинской организации
1	ГБУЗ НО «Балахнинская ЦРБ»
2	ГБУЗ НО «Больница скорой медицинской помощи г.Дзержинска»
3	ГБУЗ НО «Богородская ЦРБ»
4	ГБУЗ НО «Борская ЦРБ»
5	ГБУЗ НО «Выксунская ЦРБ»
6	ГБУЗ НО «Городецкая ЦРБ»
7	ГБУЗ НО «Гродская больница №2 г.Дзержинска»
8	ГБУЗ НО «Городская больница №33 Ленинского района г. Нижнего Новгорода»
9	ГБУЗ НО «Городская больница скорой медицинской помощи им. М.Ф.Владимирского»
10	ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №10 Канавинского района г. Нижнего Новгорода»
11	ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №12 Сормовского района г. Нижнего Новгорода»
12	ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №30 Московского района г. Нижнего Новгорода»
13	ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39 Канавинского района г. Нижнего Новгорода»
14	ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №40 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»
15	ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №5 Нижегородского района г. Нижнего Новгорода»
16	ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №7 Ленинского района г. Нижнего Новгорода»
17	ГБУЗ НО «Кстовская ЦРБ»
18	ГБУЗ НО «Лысковская центральная районная больница»
19	ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А.Семашко»
20	ГБУЗ НО «Нижегородский клинический диагностический центр»
21	ГБУЗ НО «Нижегородский областной клинический противотуберкулезный диспансер»

22	ГБУЗ НО «Павловская центральная районная больница»
23	ГБУЗ НО «Починковская центральная районная больница»
24	ГБУЗ НО «Родильный дом №5 Московского района г. Нижнего Новгорода»
25	ГБУЗ НО «Центральная городская больница г.Арзамаса»

Примечание: Перечень патолого-анатомических отделений медицинских организаций Нижегородской области, представляющих биопсийный (операционный) материал в Центр, может быть изменен при расширении функций патолого-анатомических отделений медицинских организаций.

**Схема направления биопсийного (операционного) материала в
гистологическое отделение референсного морфологического центра**



Приложение 3
к Положению о референсном
морфологическом центре, утвержденному
приказом министерства здравоохранения
Нижегородской области
от _____ N _____

**Направление
гистологического материала в референсный морфологический центр**

1. Медицинская организация _____
2. Отделение, направившее биопсийный (операционный) материал _____
3. Фамилия, имя, отчество пациента _____
4. Пол: муж. – 1, жен. – 2
5. Дата рождения: число ____ месяц _____ год _____
6. Полис ОМС _____
7. СНИЛС _____
8. Место регистрации _____ тел. _____
9. Местность: городская – 1, сельская – 2
10. Диагноз основного заболевания (состояния) _____
11. Код по МКБ _____
12. Задача прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала _____
13. Дополнительные клинические сведения (основные симптомы, оперативное, гормональное или лучевое лечение, результаты инструментальных и лабораторных исследований) _____
14. Результаты предыдущих прижизненных патолого-анатомических исследований (наименование медицинской организации, дата, регистрационный номер, заключение) _____
15. Проведенное предоперационное лечение (вид лечения, его сроки, дозировка лекарственного препарата, доза облучения) _____
16. Способ получения биопсийного (операционного) материала:

1 - эндоскопическая биопсия,

2 – пункционная биопсия,

3 – аспирационная биопсия,

4 – инцизионная биопсия,

5 – операционная биопсия,

6 – операционный материал,

7 – самопроизвольно отделившиеся фрагменты тканей.

17. Дата забора материала _____, время _____

18. Материал помещен в 10% раствор нейтрального формалина (да/нет)

19. Маркировка биопсийного (операционного) материала (рпсшифровка маркировки флаконов):

Номер флакона	Локализация патологического процесса (орган, топография)	Характер патологического процесса (эрозия, язва, полип, пятно, узел, внешне неизменная ткань, отношение к окружающим тканям)	Количество объектов
1			
2			
3			

20. Дата направления: _____

Подпись председателя врачебной
комиссии медицинской организации _____

МП

Карта
референсного морфологического центра (гистологическое отделение) № _____
от « » 2021г.

(ФИО врача-патологоанатома медицинской организации)

Направление на первичное п/а исследование представлено	☐	да	☐	нет
Необходимые клинические данные отражены в полном объеме	☐	да	☐	нет
Протокол первичного исследования представлен	☐	да	☐	нет
Дефекты оформления паспортной части протокола	☐	есть	☐	нет
пояснить				

Макроописание	☐	есть	☐	нет
Микроописание	☐	есть	☐	нет
Доставлены все гистологические препараты случая	☐	да	☐	нет
Блоки представлены	☐	да	☐	нет
Актуальная маркировка препаратов/блоков (все препараты случая маркированы имеют индивидуальный номер; возможно соотнести принадлежность того или иного фрагмента/препарата различным элементам операционного/биопсийного материала)	☐	да	☐	нет
Признаки нарушения морфологической сохранности	☐	есть	☐	нет
дискомплексация структур, феномен «спекания» ядер, снижение тинкториальных свойств, явный аутолиз, иное				

Дефекты гистологических препаратов ☐ есть ☐ нет
толстые срезы, складки, разрывы, дефекты окраски _____
иное _____

качество препаратов не позволяет провести исследование – с представленных парафиновых блоков заново изготовлены гистологические препараты ☐ да

Дефекты заключения (диагноза) ☐ есть ☐ нет
не указан тип опухоли, степень злокачественности, нет стадирования по TNM (при необходимости), другое

ICD-O code указан	☐	да	☐	нет
Код МКБ указан	☐	да	☐	нет
Другие замечания	☐	есть	☐	нет

указать _____

В результате пересмотра диагноз уточнен

☐ да

В результате пересмотра диагноз изменен

☐ да

Врач-патологоанатом
референсного морфологического центра _____
(Ф.И.О.)

Дата _____

Приложение 5
к Положению о референсном
морфологическом центре, утвержденному
приказом министерства здравоохранения
Нижегородской области
от _____ N _____

**Протокол разногласий
с замечаниями, указанными в карте референсного морфологического центра
(гистологическое отделение)**

Наименование медицинской организации _____

№№ гистологических препаратов / № п/а исследования _____

ФИО пациента _____

№№ п/п	Патолого-анатомический диагноз медицинской организации	Патолого-анатомический диагноз референсного центра (с обоснованием)	Обоснованное возражение МО/согласие с диагнозом Центра

Врач-патологоанатом референсного морфологического центра _____
(ФИО)

Врач-патологоанатом медицинской организации _____
(ФИО)

Дата _____

Приложение 6
к Положению о референсном
морфологическом центре, утвержденному
приказом министерства здравоохранения
Нижегородской области
от _____ N _____

**Отчет
о работе гистологического отделения референсного морфологического
центра**

за _____
(отчетный период)

№№ п/п	Наименование медицинской организации	К-во доставленных случаев/из них с выявленными дефектами	Дефекты, выявленные при формировании патолого- анатомического диагноза

Примечание: предоставляется в МЗ НО

Исполнитель _____
(Должность, Ф.И.О.)

II. Цитологическое отделение

1. Общие положения

1.1. Оснащение цитологического отделения Референсного морфологического центра предусматривает наличие специального оборудования (бинокулярные и тринокулярные микроскопы) для проведения консультаций цитологических препаратов.

1.2. Цитологическое отделение центра относится к цитологической лаборатории и является его структурным подразделением, возглавляется заведующим отделением, подчиняется руководителю объединенного патологоанатомического отделения, работу проводят врачи клинической лабораторной диагностики отделения.

1.3. На должность врача клинической лабораторной диагностики цитологического отделения Центра назначается специалист с высшим профессиональным медицинским образованием, прошедший подготовку по цитологическим методам диагностики.

1.4. Врач клинической лабораторной диагностики цитологического отделения Центра в своей работе непосредственно подчиняется заведующему цитологической лаборатории, а в его отсутствие руководителю объединенного патологоанатомического отделения.

1.5. В цитологическом отделении Центра ведется вся необходимая учетно-отчетная документация по утвержденным формам, архив консультируемых цитологических препаратов с онкопатологией.

2. Основные задачи

2.1. Получение цитологического материала и соответствующих ему цитологических заключений от медицинских организаций Нижегородской области (далее – МО).

2.2. Просмотр полученных цитологических препаратов и оценка соответствия клеточного состава материала заключению, выданному врачом клинической лабораторной диагностики (далее – КЛД) МО, направившим материал, в течение 15 рабочих дней с момента поступления цитологического препарата в референсный цитологический центр.

2.3. В случае расхождений заключений врача КЛД МО и Центра информирование врача КЛД МО о несовпадении заключений с последующим разбором случаев расхождения и оформлением «Протокола разногласий».

2.4. Получение третьего мнения в случае расхождения заключений врача-цитолога МО и Центра в Федеральных референсных центрах.

2.5. Оказание консультативной помощи врачам КЛД МО.

2.6. Оказание консультативной помощи фельдшерам-лаборантам МО по вопросам преаналитического этапа цитологических исследований.

3. Помещение и штаты

3.1. Цитологическое отделение Центра расположено по адресу: г. Нижний Новгород, ул. Родионова, д.190в, лабораторный корпус. каб. 2 цитологическая лаборатория ГБУЗ НО «НОКОД».

3.2. Штаты цитологического отделения Центра устанавливаются в соответствии с действующими штатными нормативами и с учетом потребности в оказании специализированной помощи.

4. Организация работы

4.1. Режим работы Референсного цитологического центра: с 08.00 до 15.00 (понедельник – пятница) в соответствии со схемой направления цитологического материала в цитологическое отделение Центра (Приложение 7) и порядком направления контрольных образцов для оценки качества цитологического материала (Приложение 8).

4.2. Получение цитологического материала и соответствующих ему цитологических заключений от МО в объеме 10% цитологических препаратов от общего числа исследований без онкопатологии за истекший месяц (но не более 20 препаратов), в том числе 2% препаратов с фоновыми процессами (но не менее 3 препаратов), 100% цитологических препаратов с выявленной онкологической патологией и с признаками, не позволяющими исключить онкопатологию.

4.3. Цитологические препараты с направлениями (Приложение 9), картой референсного морфологического центра (цитологическое отделение) (Приложение 10) необходимо передавать дежурному лаборанту цитологического отделения Центра.

4.4. Карта морфологического референсного центра (цитологическое отделение) (Приложение 10) оформляется на каждую партию исследований, проведенных в цитологическом отделении Центра и направляется в МО в течение 15 рабочих дней с момента поступления цитологического материала в референсный морфологический центр.

4.5. В случае расхождения заключений МО и цитологического отделения Центра, неудовлетворительного качества цитологических препаратов, не позволяющего сделать заключение, оформляется «Протокол разногласий

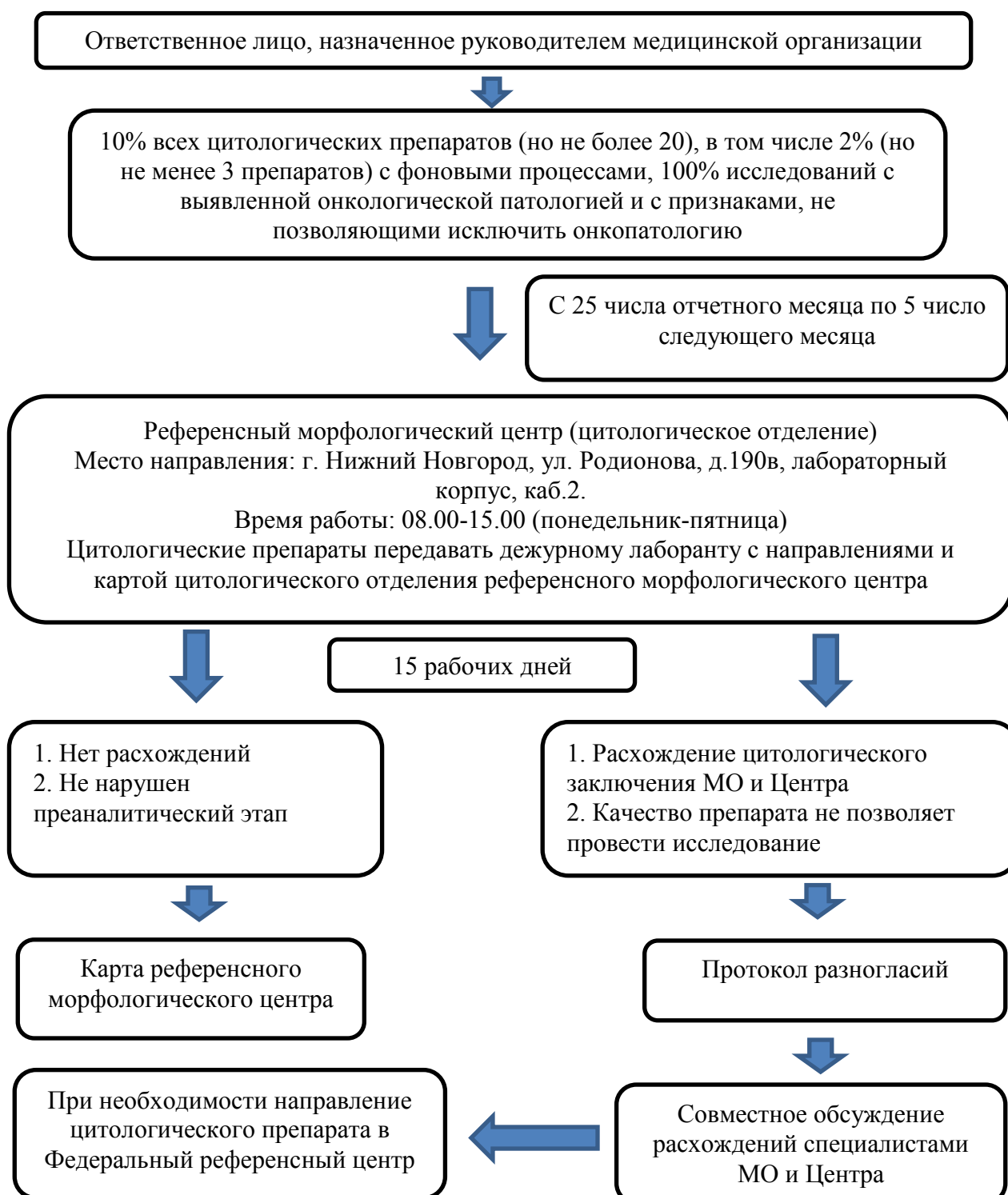
(цитологическое отделение)» (Приложение 11). Подписанный вариант передается в организационно-методический отдел ГБУЗ НО «НОКОД» и направляется в МО в течение 15 рабочих дней с момента поступления цитологического материала в референсный морфологический центр.

4.6. В случае расхождения цитологических заключений при отсутствии согласия между сторонами материал направляется в Федеральный референсный центр для получения третьего мнения.

4.7. Сводный отчет работы цитологического отделения референсного морфологического центра (Приложение 13) представляется в министерство здравоохранения Нижегородской области ежеквартально (до 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом*).

* ежеквартальный отчетный период подразумевает предоставление отчета за материал, поступивший до 5 числа последнего в квартале месяца. Таким образом до 15 апреля подается отчет по материалу, поступившему с 25 декабря до 5 марта, до 15 июля подается отчет по материалу, поступившему с 25 марта по 5 июня, до 15 октября подается отчет по материалу, поступившему с 25 июня по 5 сентября, до 15 января подается отчет по материалу, поступившему с 25 сентября по 5 декабря.

**Схема
направления цитологического материала в цитологическое отделение
референсного морфологического центра**



Приложение 8
к Положению о референсном
морфологическом центре, утвержденному
приказом министерства здравоохранения
Нижегородской области

от

N

Порядок направления контрольных образцов для оценки качества цитологических исследований

Вид контрольных образцов	Состав выборки	Объем выборки за полный отчетный месяц
Цитологические препараты материала с шейки матки	Без онкопатологии	10% (но не более 20 препаратов)
	В том числе с фоновыми процессами	2% (но не менее 3 препаратов)
	С онкопатологией, с признаками не позволяющими исключить онкопатологию	100%
Условия доставки и приема материала: 1. Материал принимается в референсный центр ежемесячно с 25 числа месяца по 5 число следующего месяца. 2. Препараты для микроскопического исследования транспортируются в контейнерах для предметных стекол в четкой последовательности соответственно направлениям. 3. Препараты не должны содержать следов иммерсионного масла. 4. Препараты должны иметь один четкий номер. 5. В одной партии не должно быть препаратов с повторяющимися номерами. 6. Приоритетное направление цитологических препаратов пациенток репродуктивного возраста, в объеме не менее 50% от общего количества доставляемого материала. 7. Сопроводительная документация должна быть предоставлена в полном объеме: а. полностью заполненные направления на исследования (Приложение 9)* с разборчивой подписью специалиста, проводившего исследование. б. карта референсного морфологического центра (цитологического отделения), в том числе в электронном виде в формате WORD на почту: labnood@mail.ru (Приложение 10), в. отчет «Обследование женщин по выявлению патологии шейки матки» (до 5 числа месяца, соответствующего месяцу доставки материала), в том числе в электронном виде в формате WORD на почту: labnood@mail.ru (Приложение 12).		

* ФИО пациента, дата рождения заполняются полностью, необходимо указывать гормональный статус, диагноз, анамнез заболевания.

Материал не принимается в следующих случаях:

1. Доставка материала с 6 по 24 число.
2. Хаотичное расположение препаратов в упаковке.
3. Наличие в одной партии препаратов с повторяющимися номерами (по данным сопроводительной ведомости).
4. Отсутствие сопроводительной документации в полном объеме.

к Положению о референсном
морфологическом центре, утвержденному
приказом министерства здравоохранения
Нижегородской области
от _____ N _____

Направление

на цитологическое исследование
материала, полученного при гинекологическом осмотре, скрининге

1. Ф.И.О.(полностью) _____
 2. дата рождения « _____ » « _____ » _____ г.
 3. Адрес пациентки: город _____ улица _____ дом _____ кв. _____
 4. Диагноз (при направлении в цитологическое исследование) _____
 5. Код по МКБ _____
 6. Дата последней менструации _____ Менопауза _____ лет
 7. Проводимое лечение _____
 8. Соскоб получен (нужное подчеркнуть): влагиалище, экзоцервикс, эндоцервикс
- Дата взятия биологического материала _____
Ф.И.О. (врача), направившего материал _____

материал в архиве
в течении 10 дней в течении 10 лет
(нужное подчеркнуть)
повторное обследование
через год через 6 месяцев через 1 месяц
(нужное подчеркнуть)

(оборотная сторона)
Результат цитологического исследования № _____
Качество материала: адекватный, недостаточно адекватный, неадекватный

I. Цитологическое заключение по классификации Bethesda:

- NILM отрицательные в отношении интраэпителиальных поражений и злокачественности:

Без особенностей (для репродуктивного возраста)

Возрастные изменения клеточного состава

- ASC-US атипичные клетки плоского эпителия неясного значения
- ASC-H атипичные клетки плоского эпителия, не позволяющие исключить HSIL
- LSIL интраэпителиальные поражения низкой степени злокачественности
- HSIL интраэпителиальные поражения высокой степени злокачественности
- squamous cell carcinoma
- AGC-NOS атипичные клетки железистого эпителия неясного значения
- AGC атипичные клетки железистого эпителия с подозрением на неоплазию
- adenocarcinoma

II. HPV + --

III. Фоновые процессы: цитологическая картина соответствует (нужное отметить)

1. Гиперплазии цервикального эпителия эндоцервикса Эктопии цервикального эпителия
2. Гиперкератозу паракератозу плоского эпителия
3. Воспалительному процессу слизистой оболочки (вагинит, экзоцервицит, эндоцервицит)
этиологический фактор _____
4. Бактериальному вагинозу.
5. Атрофическому кольпиту.
6. Другое _____

Дата _____ Ф.И.О. врача, проводившего исследование _____

Приложение 10
к Положению о референсном
морфологическом центре, утвержденному
приказом министерства здравоохранения
Нижегородской области
от _____ N _____

Карта референсного морфологического центра (цитологическое отделение)

Наименование медицинской организации _____

за _____ 20__ г.
(месяц)

№ образца	Полноценность материала	Окраска	Результат лаборатории	Результат Центра
1 <*>	2	3	4<*>	5
	1. Полноценный 2. Неполноценный (указать причину)	1. Удовлетворительная 2. Неудовлетворительная		
Всего доставлено контрольных образцов _____ Дата выборки контрольных образцов _____ ФИО ответственного лица за выборку контрольных образцов _____ Дата доставки контрольных образцов _____				

<*> Заполняется лабораторией медицинской организации

Приложение 11
к Положению о референсном
морфологическом центре, утвержденному
приказом министерства здравоохранения
Нижегородской области
от _____ N _____

**Протокол разногласий
с замечаниями, указанными в карте референсного морфологического центра
(цитологическое отделение)**

Наименование медицинской организации _____

№ цитологического препарата/№ цитологического исследования _____

Ф.И.О. пациента _____

№№ п/п	Цитологическое заключение медицинской организации (с обоснованием)	Цитологическое заключение референсного центра (с обоснованием)	Обоснованное возражение МО/Согласие с заключением Центра

Врач КЛД референсного морфологического центра _____
(ФИО)

Врач КЛД медицинской организации _____
(ФИО)

Дата _____

Приложение 12
к Положению о референсном
морфологическом центре, утвержденному
приказом министерства здравоохранения
Нижегородской области
от _____ N _____

Отчет Обследование женщин по выявлению патологии шейки матки

(наименование медицинской организации)
за _____
(отчетный период (месяц, год))

Число женщин, прошедших гинекологический скрининг с взятием цитологического материала		Количество женщин, у которых выявлены (в абс. числах)				
		ASC-US	LSIL	ASC-H, HSIL	AGC	Подозрение на рак, рак
До 50 лет	Старше 50 лет					
1	2	3	4	5	6	7

Примечание:

1. При составлении отчета каждая женщина учитывается один раз в течение года.
2. Отчет составляется на основании сведений «Журнала учета цитологического скрининга женщин по выявлению патологии шейки матки»

Приложение 13
к Положению о референсном
морфологическом центре, утвержденному
приказом министерства здравоохранения
Нижегородской области
от _____ N _____

**Сводный отчет
работы цитологического отделения референсного морфологического
центра**

за _____
(отчетный период)

№ п/п	Наименование медицинской организации	Количество забранных мазков	Количество мазков, направленных в Центр	Количество полноценного материала	Количество выявленной онкопатоло- гии в МО	Соотношение первоначальных результатов исследования МО к результатам исследований, проведенных в Центре
1	2	3	4	5	6	7

Примечание: предоставляется в МЗ НО

Исполнитель _____
(должность, Ф.И.О)