**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения

Донецкой Народной Республики

от 12.03.2015 № 312

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма | | | | | | | |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** | | | | | | | | | | | | |
| Форма первичной учетной документации | | | | | | | | | | | | |
| **№ 090/у** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | **УТВЕРЖДЕНО** | | | | | | | | | | | | |
| Приказ МЗ | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | Донецкой Народной Республики | | | | | | | | | | | | |
| Код |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **№** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ИЗВЕЩЕНИЕ**  **о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **"** |  | | | | **"** |  | | | | | | | | | | | | | | | | **20** | | | |  | | года | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | (дата заполнения) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | Местонахождение и учреждение, куда направлено извещение | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | (наименование учреждения здравоохранения) | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | 1. Фамилия, имя, отчество больного | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | 2. Пол: мужской – 1. женский – 2 | | | | |  | 3. Дата рождения | | | | | | | | |  | | | |  | |  | | | | |  |  | |  | |  | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | (число, | | | | | | месяц, | | | | | | год) | | | |  | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | 4. Место жительства (почтовый адрес) больного | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | (страна, республика, область, район, населений пункт, улица, буд. №, кв. №) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | 5. Житель: города – 1, села - 2 | | | | | | | |  | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |
|  | 6. Профессия | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 7. Группа первичного учета для пострадавших от последствий аварии на ЧАЭС: ликвидаторы - 1; эвакуированы - 2; население, проживающее на территории радиоэкологического контроля - 3; дети, родившиеся от родителей 1-3 групп первичного учета - 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  | 8. Диагноз |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
|  |  | (уточненный, с обозначением локализации первичной опухоли и отдаленных метастазов) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 9. Морфологический тип опухоли | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 9.1.Стадия опухолевого процесса по системе TNM: T\_\_\_\_\_\_N\_\_\_\_\_\_M\_\_\_\_\_\_; стадия: (I, II, III,IV)\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 10. Диагноз подтвержден: гистологически - 1, цитологически - 2, рентгенологически - 3, эндоскопически - 4, радиоизотопным методом - 5, клиническим - 6, эксплоративная операция – 7, другим - 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  | 11. Дата установления диагноза | | | | | | | | |  | |  | |  |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | (число, | | | | месяц, | | | | | год) | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | 12. Обстоятельства обнаружения заболевания: при обращении - 1, в смотровом кабинете - 2, при других видах профосмотра - 3, посмертно (без вскрытия) - 4, посмертно (на вскрытии) - 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  | 13. Наименование и местонахождение учреждения, куда направлен больной | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (наименование учреждения здравоохранения) | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 14.Дата отправки извещения **"\_\_\_\_\_\_ "** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_200\_г. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Фамилия, имя, отчество и номер телефона врача, который заполнил извещение | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | (подпись) | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |

Министр здравоохранения

Донецкой Народной Республики В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства

здравоохранения Донецкой

Народной Республики

от 12.03.2015 № 312

Зарегистрировано в Министерстве

юстиции Донецкой Народной

Республики за регистрационным

№ 141 от 20.05.2015

Инструкция

по заполнению формы первичной учетной документации №090/у

"Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования"

Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации №090/у "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования" (далее - Извещение).

Настоящая инструкция обязательна для медицинских учреждений всех ведомств и различных форм собственности, в том числе для: амбулаторно - поликлинических учреждений (включая стоматологические), больниц, лечебно - диагностических центров, научно - практических центров, госпиталей, клиник, медико - санитарных частей, родильных домов, научно - исследовательских учреждений, диспансеров, прозектур, патологоморфологических отделений (лабораторий, бюро), бюро судмедэкспертизы и т.д. (далее - учреждения).

Извещение составляется врачами лечебно - профилактических учреждений общей и специальной сети, в которых больному впервые был установлен диагноз злокачественного новообразования. Извещение заполняется на всех больных, диагноз данного злокачественного новообразования которым был установлен впервые, в том числе:

- на больных, самостоятельно обратившихся в лечебно - профилактическое учреждение за медицинской помощью;

- на больных, выявленных при диспансеризации, на профилактических осмотрах, при реализации скрининговых программ;

- на больных, выявленных при медицинском освидетельствовании;

- на больных, выявленных при обследовании и лечении в стационаре медицинского учреждения, в том числе, при диагностике злокачественного новообразования во время оперативного вмешательства;

- на больных, диагноз злокачественного новообразования которым был установлен при вскрытии;

- на больных, диагноз злокачественного новообразования которым был установлен после смерти. Информация о случае установления диагноза злокачественного новообразования после смерти больного может быть также получена при сверке сведений об умерших от злокачественных новообразований по данным бюро ЗАГС и статистических управлений с данными онкологических учреждений;

- на больных с преинвазивным раком (carcinoma in situ).

Извещение не заполняется на больных с заболеваниями, подозрительными на злокачественное новообразование, на больных с предопухолевыми заболеваниями и больных доброкачественными опухолями.

Извещение должно быть заполнено в день установления указанного диагноза. Извещение должно быть выслано в трехдневный срок с момента заполнения в онкологическое учреждение территориального уровня (онкокабинет, онкодиспансер) по месту постоянного жительства (постоянной регистрации) больного или в Республиканский онкологический центр.

Руководители городских и сельских лечебно - профилактических учреждений общей лечебной сети, медицинских учреждений ведомственного подчинения, медицинских учреждений республиканского подчинения обязаны обеспечить контроль своевременности и качества заполнения Извещений и отправку Извещений в трехдневный срок после их составления в соответствующие территориальные онкологические учреждения. Случаи незаполнения врачами Извещений при установлении диагноза злокачественного новообразования и недостаточного контроля руководителей медицинских учреждений за качеством заполнения Извещений, своевременностью их заполнения и отправки рассматриваются как серьезные нарушения ими функциональных обязанностей и врачебного долга.

Руководители территориальных онкологических учреждений, руководители диспансерных онкологических отделений и кабинетов обязаны обеспечить контроль качества, полноты и своевременности заполнения поступающих в руководимые ими учреждения Извещений. При нарушении правил заполнения и отправки Извещений лечебно - профилактическим учреждением руководитель территориального онкологического учреждения, диспансерного онкологического отделения или онкологического кабинета должен поставить об этом в известность главного врача указанного лечебно - профилактического учреждения.

Онкологические учреждения осуществляют изъятие дубликатов Извещений, уточнение и верификацию информации, внесенной в Извещения. Стадия опухолевого процесса у больных со злокачественными новообразованиями может быть уточнена с учетом данных, полученных во время хирургического вмешательства, если оно произведено не позднее, чем через два месяца после установления диагноза.

Извещение является сигнальным документом, на основании которого данные о больном вносятся в базу данных территориального популяционного ракового регистра, в "Регистрационную карту больного злокачественным новообразованием" (ф. N 030-6/у), за больным устанавливается диспансерное наблюдение.

Название и адрес медицинского учреждения, в котором заполнено Извещение, вносится полностью, без сокращений.

Название медицинского учреждения, в которое направлено Извещение, вносится полностью, без сокращений. Если Извещение составлено в онкологическом диспансере и никуда не направляется, в этом пункте указывается "Извещение заполнено в онкологическом диспансере".

1.Фамилия, имя, отчество больного вписываются в Извещение полностью, без сокращений, в транскрипции, соответствующей паспорту.

2.Пол больного кодируется внесением знака "V" в соответствующий квадрат.

3. Дата рождения: обязательно - день, месяц, год рождения. Недопустимо указание лишь возраста на момент установления диагноза или лишь года рождения больного.

4. Данные о домашнем адресе больного включают полностью, без сокращений заполненные пункты: наименование республики, города, района, населенного пункта; улицы; номер дома; номер квартиры; шестизначный почтовый индекс; номер домашнего телефона. Вносятся сведения, касающиеся постоянного места жительства (постоянной регистрации) больного, а не места его временного проживания. Названия городов и районов должны соответствовать установленному перечню административно - территориального деления ДНР.

5. В пункте 5 в соответствующем квадрате отмечается, является больной жителем городской или сельской местности. Больных, проживающих в поселках городского типа, следует относить к городским жителям.

6.В пункте 6 указывается профессия, которая преобладала на протяжении трудовой деятельности больного. Если больной к моменту заполнения Извещения находится на пенсии, следует указать его прежний основной вид занятий. Недопустимы записи типа "пенсионер", "инвалид" и неуточненные записи, например: "рабочий" (без указания отрасли промышленности), "служащий" (без указания сферы профессиональной деятельности и конкретной специальности) и т.п.

7.Пункт 7 заполняется для пострадавших от последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции в соответствии с группой первичного учета на основании удостоверения потерпевшего: 1 - ликвидатор, 2 - эвакуирован, 3 - житель, проживающий на территории радиоэкологического контроля, 4 - ребенок, который родился от родителей 1-3 групп первичного учета.

8. В пункте 8 указывается уточненный диагноз заболевания и точная локализация опухоли в соответствии с Международной статистической классификации болезней десятого пересмотра (далее - МКБ-10). Необходимо точно описать локализацию опухоли в органе, степень ее распространенности (прорастание в соседние органы, метастазирование в регионарные лимфоузлы, формы роста). Кроме того, в конце пункта указывается цифровой 4-х значный код заболевания в соответствии с МКБ-10.

9.В пункте 9 указывается морфологический тип опухоли с указанием глубины инвазии, степени злокачественности. Должен быть внесен подробный морфологический диагноз злокачественного новообразования, дата и номер исследования. Крайне нежелательны неуточненные записи типа "рак", "лейкоз" и т.д. Морфологические диагнозы должны соответствовать номенклатуре МКБ-10.

В пункте 9.1. указывается стадия опухолевого процесса по системе TNM с указанием индексов TNM и соответствующая группировка по стадиям.

10. В пункте 10 указываются методы, с помощью которых был подтвержден диагноз: гистологический, цитологический, рентгенологический, эндоскопический, радиоизотопный, клинический, эксплоративная операции, другие.

11. В пункте 11 указываются число, месяц, год, когда больному впервые был установлен диагноз данного злокачественного новообразования.

12. В пункте 12 указываются обстоятельства выявления заболевания: при обращении (обратился самостоятельно, при неотложной помощи и т.д.), обнаружен на профосмотре, в том числе в смотровом кабинете, обнаружен посмертно (без вскрытия или на вскрытии).

13. В пункте 13 указывается, в какое медицинское учреждение направлен больной для дальнейшего обследования и лечения. Название учреждения указывается полностью, без сокращений.

14. В пункте 14 указываются число, месяц, год заполнения Извещения.

В конце Извещения должны быть разборчиво указаны имя, отчество, фамилия и телефон врача, заполнившего Извещение, и поставлена его подпись.

Срок хранения Извещений не менее трех лет.

Министр здравоохранения

Донецкой Народной Республики В.В. Кучковой