

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ**

ОТ 31 января 2014 ПРИКАЗ

№ 91

**О проведении цервикального скрининга
рака шейки матки с тестированием
на вирус папилломы человека в медицинских
организациях Калужской области
женщинам в возрасте от 25 до 50 лет
в рамках программы «Женское здоровье»**

В рамках программы по охране женского здоровья, реализации Перспективного плана мероприятий министерства здравоохранения Калужской области по совершенствованию ранней диагностики рака шейки матки в медицинских организациях Калужской области на 2013 – 2017г.г. и с целью проведения цервикального скрининга рака шейки матки с тестированием на вирус папилломы человека в медицинских организациях Калужской области женщинам в возрасте от 25 до 50 лет **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Главным врачам медицинских организаций, имеющих в составе женские консультации, гинекологические кабинеты обеспечить:

1.1. проведение цервикального скрининга рака шейки матки с тестированием на вирус папилломы человека (далее – скрининг) в соответствии с алгоритмом (Приложение 1);

1.2. использование в работе бланков - направлений, реестров (Приложение 2);

1.3. оформление добровольного информированного согласия пациентки на исследования, заявления о согласии на обработку персональных данных (Приложение 3);

1.4. забор, доставку клинического материала в цитологическую лабораторию ГБУЗ КО «Калужский областной клинический онкологический диспансер»;

1.5. организацию заполнения отчетных форм в автоматизированной информационной системе «MEDNET» по мере поступления результатов скрининга.

2. Главному врачу ГБУЗ КО «Калужский областной клинический онкологический диспансер» И. Ю. Николаеву обеспечить:

2.1. медицинские организации Калужской области расходными материалами и флаконами с транспортными средами для проведения забора клинического материала;

2.2. проведение цитологического исследования с использованием метода жидкостной цитологии в соответствии с алгоритмом с сопроводительными документами от врача акушера – гинеколога женских консультаций, гинекологических кабинетов медицинских организаций Калужской области (Приложение 1);

2.3. доставку флаконов с транспортными средами, содержащими клинический материал после забора из них части клинического материала для проведения цитологического исследования, с сопроводительными документами в клинико – диагностическую лабораторию ГАУЗ КО «Калужский областной специализированный центр инфекционных заболеваний и СПИД»;

2.4. организацию внесения в автоматизированную информационную систему «MEDNET» результатов цитологических исследований с использованием метода жидкостной цитологии в рамках скрининга в течение 10 дней со дня поступления клинического материала.

организацию заполнения в течение 10 дней со дня поступления клинического материала результатов цитологических исследований с использованием метода жидкостной цитологии в рамках скрининга в автоматизированной информационной системе «MEDNET».

3. Главному врачу ГАУЗ КО «Калужский областной специализированный центр инфекционных заболеваний и СПИД» Е.Н. Алешиной обеспечить:

3.1. проведение исследований на ВПЧ – инфекцию высокого онкогенного риска в соответствии с алгоритмом при наличии сопроводительных документов из ГБУЗ КО «Калужский областной клинический онкологический диспансер» после проведенного цитологического исследования (Приложение 1);

3.2. организацию внесения в автоматизированную информационную систему «MEDNET» результатов на ВПЧ – инфекцию высокого онкогенного риска в рамках скрининга в течение 10 дней со дня поступления клинического материала.

4. Рекомендовать главному врачу НУЗ «Отделенческая больница им. К.Э. Циолковского на станции Калуга ОАО «РЖД» Л.П. Ульяновой обеспечить:

4.1. проведение цервикального скрининга рака шейки матки с тестированием на вирус папилломы человека (далее – скрининг) в соответствии с алгоритмом Приложение 1);

4.2. использование в работе бланков - направлений, реестров (Приложение 2);

4.3. оформление добровольного информированного согласия пациентки на исследование, заявления о согласии на обработку персональных данных (Приложение 3);

4.4. забор, доставку клинического материала в цитологическую лабораторию ГБУЗ КО «Калужский областной клинический онкологический диспансер»;

4.5. организацию заполнения отчетных форм в автоматизированной информационной системе «MEDNET» по мере поступления результатов скрининга.

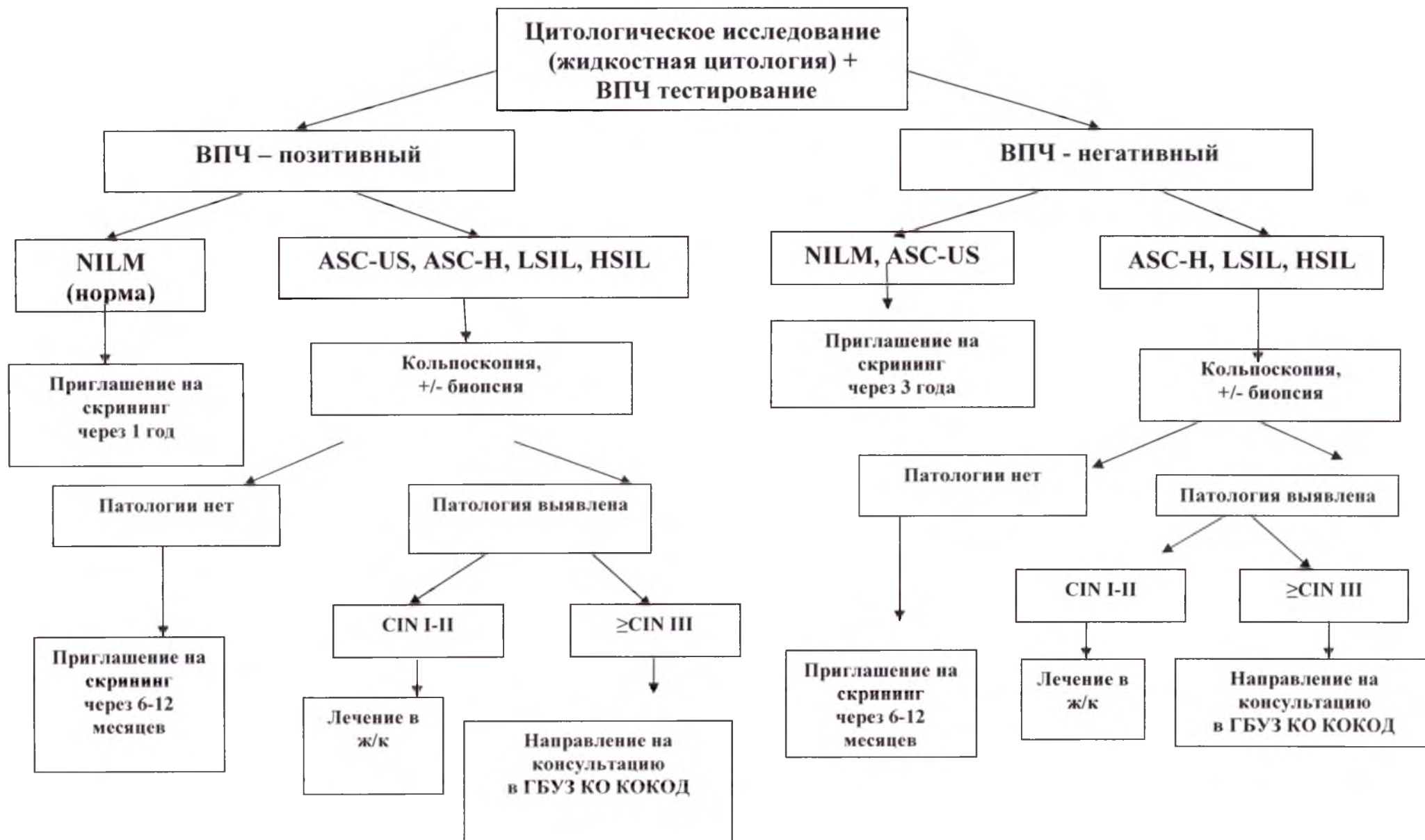
5. Признать утратившими силу приказы министерства здравоохранения Калужской области от 04.07.2014 №603 «О пилотном проекте проведения цервикального скрининга рака шейки матки с тестированием на вирус папилломы человека в медицинских организациях г. Калуги в возрасте от 25 до 29 лет», 01.09.2014 № 825 «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Калужской области «О пилотном проекте проведения цервикального скрининга рака шейки матки с тестированием на вирус папилломы человека в медицинских организациях г. Калуги в возрасте от 25 до 29 лет», 08.10.2014 № 1010 «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Калужской области от 04.07.2014 №603 «О пилотном проекте проведения цервикального скрининга рака шейки матки с тестированием на вирус папилломы человека в медицинских организациях г. Калуги в возрасте от 25 до 29 лет», 25.02.2015 № 190 «О проведении цервикального скрининга рака шейки матки с тестированием на вирус папилломы человека в медицинских организациях Калужской области и г. Обнинска в возрасте от 25 до 50 лет в рамках программы «Женское здоровье», 12.05.2015 №522 «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Калужской области от 25.02.№190 «О проведении цервикального скрининга рака шейки матки с тестированием на вирус папилломы человека в медицинских организациях Калужской области и г. Обнинска в возрасте от 25 до 50 лет в рамках программы «Женское здоровье», 01.12.2015 №1302 «О проведении цервикального скрининга рака шейки матки с тестированием на вирус папилломы человека в медицинских организациях г. Калуги и области Калужской женщинам в возрасте от 25 до 50 лет», 31.05.2016 №706 «О проведении цервикального скрининга рака шейки матки с тестированием на вирус папилломы человека в медицинских организациях Калужской области женщинам в возрасте от 35 до 50 лет в рамках программы «Женское здоровье».

Министр



К.Н. Баранов

Алгоритм цервикального скрининга рака шейки матки с тестированием на вирус папилломы человека



Приложение № 2
к приказу министерства здравоохранения
Калужской области
От 31.01.14 № 91

Наименование учреждения:

НАПРАВЛЕНИЕ
на цитологическое исследование и результат исследования материала,
полученного при скрининге рака шейки матки

1. Ф.И.О. (полностью) _____
2. Дата рождения _____
3. Страховая компания _____
- № страхового полиса _____ Серия _____
4. Адрес пациентки: населенный пункт _____
район _____ улица _____
дом _____ корпус _____ квартира _____
5. Диагноз (при направлении на цитологическое исследование): _____

- Код по МКБ-10 _____
6. Дата последней менструации _____
Менопауза _____ лет
7. Проводимое лечение _____

8. Соскоб получен (нужное подчеркнуть): влагалище, экзоцервикс, эндоцервикс
Дата взятия биологического материала _____
Ф.И.О, врача (акушерки), направляющих материал: _____

Подпись _____

Оборотная сторона модифицированного бланка для скрининга рака шейки матки.

Наименование цитологической лаборатории, телефон _____

Результат цитологического исследования № _____

Дата поступления материала _____

Качество препарата: адекватный, недостаточно адекватный, неадекватный

1. Цитограмма (нужное отметить):

1.1. Без особенностей (дать описание): _____

1.2. С возрастными изменениями слизистой оболочки:

- атрофический тип мазка;

- промежуточный тип мазка.

1.3. Атрофический вагинит (кольпит)

2. Цитограмма (описание): _____

соответствует:

2.1. Пролиферации цилиндрического (железистого) эпителия.

2.2. Гиперкератозу плоского эпителия.

2.3. Воспалительному процессу слизистой оболочки (вагинит, экзоцервицит, эндоцервицит)

уточнить

степень выраженности _____

этиологический фактор _____

2.4. Бактериальному вагинозу.

2.5. Клетки плоского эпителия с атипией неясного значения	ASCUS	Возможно CIN I, HPV, и исключено CIN II, CIN III
2.6. нерезко выраженным изменениям клеток плоского эпителия*(по возможности уточнить): -слабо выраженной дисплазии, - изменениям, характерным для папилломавирусной инфекции.	LSIL	CIN I, HPV
2.7. выраженным изменениям клеток плоского эпителия* (по возможности уточнить): - умеренно выраженной дисплазии; - выраженной дисплазии.	HSIL	CIN II, CIN III, возможно <i>in situ</i> HPV

нужное отметить

2.8. Раку (уточнить форму) _____

3. Другие типы цитологических заключений: _____

1. Дополнительные уточнения: _____

Дата проведения исследования _____

Ф.И.О. врача-цитолога (цитотехнолога), проводивших исследование _____

Подпись

ГАУЗ КО «Калужский областной специализированный центр инфекционных заболеваний и СПИД» (г. Калуга, ул. С.Разина, д. 1, тел. 484-2-57-01-85)

Клинико-иммунологическая лаборатория .

НАПРАВЛЕНИЕ НА ВЫЯВЛЕНИЕ ДНК 14 ГЕНОТИПОВ ВЫСОКОГО КАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА (16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,66,68) в клинических образцах (система OMC).

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения(день, месяц, год) _____ Пол _____

Адрес _____

Паспорт (серия _____, № _____

кем выдан _____

когда выдан _____

Полис OMC (№ _____

серия _____, дата выдачи _____

страх. компания _____

ЛПУ _____ Отд. _____

Врач, направивший на обслед. _____

Дата забора материала: _____

№ ОБРАЗЦА	РЕЗУЛЬТАТ	ИНТЕРПРЕТАЦИЯ	ПОЯСНЕНИЕ

Дата оформления результата _____

Врач _____ (контактный тел. 57-01-85)

ВНИМАНИЕ! КАК В СЛУЧАЕ ЛЮБОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ТЕСТА, РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА Abbott RealTime HRV ДОЛЖНЫ ИНТЕРПРЕТИРОВАТЬСЯ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ КЛИНИЧЕСКИМИ И ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ!

ГАУЗ КО «Калужский областной специализированный центр инфекционных заболеваний и СПИД»

(г. Калуга, ул. С.Разина, д. 1, тел. 484-2-57-01-85)

Клинико-иммунологическая лаборатория .

НАПРАВЛЕНИЕ НА ВЫЯВЛЕНИЕ ДНК 14 ГЕНОТИПОВ ВЫСОКОГО КАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА (16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,66,68) в клинических образцах (система OMC).

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения(день, месяц, год) _____ Пол _____

Адрес _____

Паспорт (серия _____, № _____

кем выдан _____

когда выдан _____

Полис OMC (№ _____

серия _____, дата выдачи _____

страх. компания _____

ЛПУ _____ Отд. _____

Врач, направивший на обслед. _____

Дата забора материала: _____

№ ОБРАЗЦА	РЕЗУЛЬТАТ	ИНТЕРПРЕТАЦИЯ	ПОЯСНЕНИЕ

Дата оформления результата _____

Врач _____ (контактный тел. 57-01-85)

ВНИМАНИЕ! КАК В СЛУЧАЕ ЛЮБОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ТЕСТА, РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА Abbott RealTime HRV ДОЛЖНЫ ИНТЕРПРЕТИРОВАТЬСЯ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ КЛИНИЧЕСКИМИ И ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ!

В медицинскую организацию:
Адрес МО:

ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии на обработку персональных данных

Я (ФИО), _____,
(фамилия, имя, отчество)

даю согласие в

(наименование медицинской организации)

на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, в течение 5 лет с целью организации оказания медицинской помощи

1. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

2. Документ, удостоверяющий личность _____
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

3. Адрес регистрации по месту жительства _____
(адрес регистрации)

4. Адрес фактического проживания _____
(адрес фактического проживания, контактный телефон)

5. Наименование страховой медицинской организации, серия и номер полиса страхового медицинского обязательного страхования граждан пациента (при наличии) _____

6. Страховой номер индивидуального лицевого счета _____

7. Наличие инвалидности: да нет (нужное подчеркнуть).

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупреждена.
(подчеркнуть)

На передачу лично мне сведений о дате проведения лабораторных исследований и иных данных по телефонам, указанным в заявлении согласна.
(подчеркнуть)

Настоящее заявление может быть отозвано мной в письменной форме.

Подпись пациента _____ / _____ / Дата заполнения _____

Место печати МО:

Наименование МО: ГБУЗ КО «Калужский областной клинический онкологический диспансер»

**Реестр на оказание диагностической услуги «Цитологическое исследование методом жидкостной цитологии» в рамках
цервикального скрининга рака шейки матки**

№п/ п	Дата забора материала	Фамилия Имя Отчество (полностью)	Дата рождения (день/месяц/ год)	Адрес (город, улица, дом, кв.)	Паспорт (серия, номер)	Полис ОМС (номер, серия, дата выдачи, где выдан, страховая компания)

Дата оформления реестра:

ФИО, должность и подпись оформителя: