Приложение №15

Порядку взаимодействия участников системы

обязательного медицинского страхования Республики Карелия

при проведении контроля объемов, сроков, качества

и условий предоставления медицинской помощи

по обязательному медицинскому страхованию

Протокол выполнения клинических рекомендаций

К Акту МЭЭ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Критерии | | | | | Да/Нет | |
| Наличие в первичной медицинской документации информированного добровольного согласия пациента, включая полную информацию о целях, методах и связанном риске, различных схемах и вариантах ХТ, применения отдельных препаратов и их комбинаций, предполагаемом результате (нужное подчеркнуть) | | | | |  | |
| Да (наличие записи о дате консилиума, проведенного на амбулаторном этапе лечения, с интерпретацией его решения или копии протокола/заверенной распечатки электронного протокола)  Нет (нет данных) | | | | |  | |
| Наличие в ПМД полного протокола гистологического исследования | | | | |  | |
| Наличие в ПМД полного протокола иммуногистохимического исследования | | | | |  | |
| Диагноз по МКБ-10 | №КСГ | Код и наименование схемы ХТ | | № курса ХТ | № линии ХТ | |
| ХТ препарат и доза |  | | Масса тела:  Рост:  Площадь тела: |  | Отсутствие расчета разовой дозы ХТ препарата, обоснования режима ХТ, способа и кратности введения ЛП, длительность курса и обоснования назначения конкретного ЛС | |
| Наличие обоснования редукции (уменьшения) дозы ХТ препарата | | | | |  | |
| Лабораторные показатели от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата) перед началом ХТ:  Гемоглобин\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Эритроциты\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Лейкоциты\_\_\_\_\_\_\_\_\_ МНО\_\_\_\_\_\_\_\_\_ АЧТВ\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Дата введения ХТ препарата:  Дата предыдущего введения:  Дата следующего введения: | | | Введение ХТ препарата в дозе, не соответствующей расчету  по площади поверхности тела или массе  Нарушения дозо-интервальных требований  Невыполнение требований своевременного начала, окончания  и возобновления очередного цикла введения ХТ препаратов,  несоблюдение сроков лечения курсами ХТ  Нарушение этапности лечения, отсутствие или  несвоевременный перевод | | | |
| Оценены факторы риска для антикоагулянтной профилактике ВТЭО | | | | | |  |
| Выполнены все требования клинических рекомендаций по профилактике и лечению тошноты и рвоты, включая указание препаратов, доз, периодов и времени введения | | | | | |  |
| Выполнены все требования клинических рекомендаций по профилактике кардиоваскулярной токсичности, индуцированной ХТ и таргетными препаратами.  При лечении антрациклинами и трастузумабом – выполнение ЭХО КГ перед началом терапии и далее через 3, 6, 9, 12, 18 месяцев | | | | | |  |