**ОТЧЕТ КУРАТОРА**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование учреждения |  |
| Население, подлежащее профилактическим осмотрам (всего, чел.)  |  |
| Режим работы поликлиники  | с | до |
| Мощность поликлиники |  | посещений в смену |
| Женщин старше 18 лет |  | Мужчины старше 30 лет |  |

**КАБИНЕТ ОТВЕТСТВЕННЫХ ЗА ОНКОСЛУЖБУ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Режим работы | с до | ФИО врача |
| Основная специальность |  | Учеба по онкологии (есть/нет) |
| Стаж работы по онкологии | с |  |
| Дата проверки |  |
| Качество диспансеризации (сроки лечения) |  |
| Качество диспансеризации (сроки наблюдения) |  |
| Количество больных с lБ кл.гр. на учете |  |
| Качество ведения картотеки |  |
| Журнал первичной обращаемости, маршрутизации |  |
| Замечания |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**КАБИНЕТ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата открытия  |  | № телефона |  |
| Заведующий |  | Штаты  |  |
| Оснащенность кабинета  |  |
|  |
|  |
| Участие в обследованиях населения с целью выявления ЗНО |  |
|  |
| Учёт и маршрутизация пациентов с положительными результатами скринингов |
|  |
| Замечания |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**АНКЕТНЫЙ СКРИНИНГ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата проверки  |  | данные отчёта | Данные МО |
| Обследовано методом анкетного скрининга |  |  |
| Отнесено к группе риска(чел.) |  |  |
| Углубленное обследование(чел.) |  |  |
| Выявлено случаев ЗНО (абс.) |  |  |
| Выявлено случаев предраковых заболеваний (абс.) |  |  |
| Проверено амб.карт больных ЗНО и предраками |  |  |
| Замечания |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**ЖЕНСКИЙ КАБИНЕТ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Режим работы |  с | до | Прием ведет акушерка (ФИО) |  |
| Стаж  | с | Категория | Последняя учеба (год) |
| Место |  | Название цикла |  |
| Дата проверки |  | данные отчёта | Данные МО |
| Осмотрено с начала года |  |  |
| Цитологических исследований |  |  |
| Выявлено случаев ЗНО (абс.) |  |  |
| Выявлено случаев предраковых заболеваний (абс.) |  |  |
| Осмотрено карт |  |
| Дообследовано у специалистов |  |
| Выполнение минимального объема исследований (осмотр кожных покровов, полости рта, пальпация молочных желёз, щитовидной железы, лимфоузлов шеи, подмышечных и паховых лимфоузлов, пальцевое исследование прямой кишки, взятие мазка на онкоцитологию и бимануальное исследование) |  |
| Средство для фиксации мазка (название) |  |
| Владение методикой нанесения мазка |  |
| Инструмент для взятия мазков (цитощётка, урогенитальный зонд, шпатель Эйра) |  |
| Ведение журнала |  |
| Замечания |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**МУЖСКОЙ КАБИНЕТ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Режим работы | с | до | Прием ведет (должность, ФИО) |  |
| Стаж  | Категория | Последняя учеба (год) |
| Место |  |  | **1**Название цикла |  |
| Дата проверки |  |  |  | данные отчёта | Данные МО |
| Осмотрено с начала года |  |  |
| Выявлено случаев ЗНО (абс.) |  |  |
| Выявлено случаев предраковых заболеваний (абс.) |  |  |
| Выполнение минимального объёма исследовании(осмотр кожных покровов, полости рта, пальпация щитовидной железы, лимфоузлов шеи, подмышечных и паховых лимфоузлов, пальцевое исследованиепрямой кишки) |  |
| Осмотрено карт |  |
| Дообследовано у специалистов |  |
| Ведение журнала |  |
| Замечания |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**ФЛЮОРОГРАФИЯ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата проверки |  | данные отчёта | Данные МО |
| Флюорографически обследовано (чел.) |  |  |
| Выявлено случаев ЗНО (абс.) |  |  |
| Выявлено случаев предраковых заболеваний (абс.) |  |  |
| Качество флюорографа (цифровой/аналоговый) |  |
| Замечания |
|  |
|  |
|  |
|  |

**СКРИНИНГ (ПСА и МАММОГРАФИЯ)**

|  |
| --- |
| Ответственный за ПСА (должность, ФИО) |
| Ответственный за маммографию (должность, ФИО) |
| **ПСА** |
| Дата проверки  | данные отчёта | Данные МО |
| Обследовано с начала года (абс./% от плана) |  |  |
| Кол-во лиц, с повышенным ПСА (чел.) |  |  |
| Дообследовано из числа лиц, с повышенным уровнем ПСА (чел.) |  |  |
| Выявлено случаев ЗНО (абс.) |  |  |
| Выявлено случаев предраковых заболеваний (абс.) |  |  |
| **Маммография** |
| Дата проверки | данные отчёта | Данные МО |
| Обследовано с начала года (абс./% от плана) |  |  |
| Выявлено случаев ЗНО (абс.) |  |  |
| Выявлено случаев предраковых заболеваний (абс.) |  |  |
| Замечания |
|  |
|  |
|  |
|  |

**СКРИНИНГ РАКА ЖКТ (КАЛ НА «СКРЫТУЮ КРОВЬ» И ЭНДОСКОПИЯ)**

|  |
| --- |
| **Скрининг кал на "скрытую кровь"** |
| Дата проверки  | данные отчёта | Данные МО |
| Обследовано с начала года (абс./% от плана) |  |  |
| Кол-во лиц, с положительной реакцией (чел.) |  |  |
| Дообследовано из числа лиц, с положительной реакцией (чел.) |  |  |
| Выявлено случаев ЗНО (абс.) |  |  |
| Выявлено случаев предраковых заболеваний (абс.) |  |  |
| **Колоноскопия и фиброгастродуоденоскопия** |
| Дата проверки  |  |
| МО, непосредственно выполняющая исследования |  |
| Обследовано с начала года (абс./% от плана) |  |  |
| Выявлено случаев ЗНО (абс.) |  |  |
| Выявлено случаев предраковых заболеваний (абс.) |  |  |
| Сроки ожидания исследования (очередность) |  |  |
| Сроки получения результатов исследований |  |  |
| Сроки получения гистологического заключения |  |  |
| Замечания |
|  |
|  |
|  |
|  |

**СКРИНИНГОВОЕ УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата проверки |  | данные отчёта | Данные МО |
| Обследовано с начала года (абс.,% от плана) |  |  |
| Выявлено случаев ЗНО (абс.) |  |  |
| Выявлено случаев предраковых заболеваний (абс.) |  |  |
| Замечания |
|  |
|  |
|  |
|  |

**КТ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата проверки  |  |
| МО, непосредственно выполняющая исследования |  |
| Обследовано с начала года (абс./% от плана) |  |  |
| Выявлено случаев ЗНО (абс.) |  |  |
| Выявлено случаев предраковых заболеваний (абс.) |  |  |
| Сроки ожидания исследования (очередность) |  |  |
| Сроки получения результатов исследований |  |  |
| Замечания |
|  |
|  |
|  |
|  |

**САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ РАБОТА ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ ЗНО**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата проверки** |  |
| **Прочитано лекций для населения** |  |
| **Проведено бесед** |  |
| **Выпущено санитарных бюллетеней** |  |
| **Замечания** |
|  |
|  |
|  |
|  |

**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОРГАНИЗАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ**

**УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Критерий** | **Оценка\*** |
| Оснащенность кадрами (врач-онколог, ответственный) | 1 | 0,5 | 0 |
| Качество проводимых скринингов и профосмотров | 1 | 0,5 | 0 |
| Качество диспансеризации и маршрутизации | 1 | 0,5 | 0 |
| Качество ведения документации | 1 | 0,5 | 0 |
| Санитарно-просветительная работа | 1 | 0,5 | 0 |
| Работа межрайонного онкологического кабинета \*\* | 1 | 0,5 | 0 |
| **ИТОГО (СУММА БАЛЛОВ)\*\*\*** |  |

\* 1 - замечаний нет;

0,5 - имеются замечания не влияющие на качество оказания помощи

пациентам и на течение заболевания;

0 - грубые нарушения, которые снижают качество оказания помощи и могут влиять на течение заболевания.

\*\* работу межрайонного онкологического кабинета оценивают **только кураторы межрайонных**

**центров**, у остальных кураторов данная графа пустая.

\*\*\* Максимально возможное количество баллов: межрайоные центры - 6 баллов, первичные

онкологические кабинеты - 5 баллов.

**Предложения по улучшению онкологической службы**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |