



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

29.12.2018

№ 1349р

ГГ
Об оформлении результатов
эндоскопических исследований
на территории Астраханской области

В целях реализации приказа Минздрава России от 06.12.2017 № 974н «Об утверждении Правил проведения эндоскопических исследований» и обеспечения единообразного подхода к оформлению результатов эндоскопических исследований на территории Астраханской области до утверждения уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения форм протоколов эндоскопических исследований:

1. Рекомендовать главным врачам государственных бюджетных учреждений здравоохранения Астраханской области, руководителям федеральных, негосударственных, частных медицинских организаций Астраханской области организовать оформление результатов эндоскопических исследований в соответствии приложениями № 1-3 к настоящему распоряжению.

2. Отделу нормативно-правового обеспечения министерства здравоохранения Астраханской области направить настоящее распоряжение в информационные агентства ООО «Астрахань-Гарант-Сервис» и ООО «Информационный центр «КонсультантПлюс» для включения в электронную базу данных.

3. Государственному бюджетному учреждению здравоохранения Астраханской области «Медицинский информационно-аналитический центр» разместить настоящее распоряжение на официальном сайте министерства здравоохранения Астраханской области в течение трех рабочих дней со дня подписания.

4. Распоряжение вступает в силу с 01.01.2019.

И.о. министра

О.С. Гребнева

(наименование медицинского учреждения, подразделение)

(адрес учреждения, телефон)

Эндоскопическое (ий) отделение/кабинет

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к распоряжению
министерства здравоохранения
Астраханской области
от 29.12.18 № 1349р

ПРОТОКОЛ

Эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) № _____

Ф.И.О. пациента: _____

Дата рождения: _____ Пол: _____ Медицинская карта № _____

Дата исследования: _____ Время: _____

Кем направлен*: _____

Обследование проводится: по плановым / экстренным показаниям _____

Предварительный диагноз: _____

Премедикация: _____ Агестезия: _____

Эндоскоп (марка, модель): _____

ОПИСАНИЕ:

ПИЩЕВОД: _____ Просвет: _____ Стенки: _____

Перистальтика: _____ Содержимое: _____

Слизистая: _____

Варикозные вены: _____

Z-линия: _____ Кардиальный жом _____

Признаки грыжи: _____

Поражения, образования, дефекты: _____

(локализация, вид, количество, форма, поверхность, размер, тип роста**)

Кровотечение: _____

(интенсивность кровотечения***, источник)

ЖЕЛУДОК: _____ Просвет: _____ Складки: _____

Перистальтика: _____ Содержимое: _____ Слизистая: _____

Пилорический жом: _____

Поражения, образования, дефекты: _____

(локализация, вид, количество, форма, поверхность, размер, тип роста**)

Кровотечение: _____

(интенсивность кровотечения***, источник)

ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНАЯ КИШКА: Просвет: _____

Содержимое: _____ Слизистая: _____

Поражения, образования, дефекты: _____

(локализация, вид, количество, форма, поверхность, размер, тип роста**)

Кровотечение: _____

(интенсивность кровотечения***, источник)

Постбульбарный отдел: _____ БДС: _____

Манипуляции: _____

Биопсия: _____ Экспресс-диагностика (*Helicobacter pylori*): HP ()

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: _____

Рекомендации: _____

Врач-эндоскопист: _____ Ф.И.О. _____

(подпись)

* наименование направившей медицинской организации, её структурного подразделения

** указывается согласно Парижской эндоскопической классификации опухолевых поражений пищевода, желудка и толстой кишки 2002 г.

*** указывается при кровотечении из язв по J.Forrest

(наименование медицинского учреждения, подразделение)

(адрес учреждения, телефон)

Эндоскопическое (ий) отделение/кабинет

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3

к распоряжению
министерства здравоохранения
Астраханской области
от 29.12.19 № 13499

ПРОТОКОЛ Бронхоскопии (БС) № _____

Ф.И.О. пациента: _____
Дата рождения: _____ Пол: _____ Медицинская карта № _____
Дата исследования: _____ Время _____
Кем направлен*: _____
Обследование проводится: по плановым / экстренным показаниям
Предварительный диагноз: _____
Премедикация: _____ Анестезия: _____
Эндоскоп (марка, модель): _____

ОПИСАНИЕ:

Бронхоскоп проведен через _____
Надгортанник: _____ Голосовая щель: _____ складки: _____
Поражения, образования, дефекты: _____

(локализация, вид, количество, форма, поверхность, размер, тип роста)

ТРАХЕЯ: Просвет: _____ Содержимое: _____ Хрящевые кольца: _____
Слизистая: _____ Карина: _____
Поражения, образования, дефекты: _____
(локализация, вид, количество, форма, поверхность, размер, тип роста)

Кровотечение: _____
(интенсивность кровотечения, источник)

БРОНХИАЛЬНОЕ ДЕРЕВО: Просвет: _____ Содержимое: _____
Устья бронхов: _____ Шпоры: _____ Слизистая: _____
Сосудистый рисунок: _____
Поражения, образования, дефекты: _____
(локализация, вид, количество, форма, поверхность, размер, тип роста)

Кровотечение: _____
(интенсивность кровотечения, источник)

Манипуляции: _____

Биопсия: _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации: _____

Врач-эндоскопист: _____ Ф.И.О. _____
(подпись)

* наименование направившей медицинской организации, её структурного подразделения

(наименование медицинского учреждения, подразделение)

(адрес учреждения, телефон)

Эндоскопическое (ий) отделение/кабинет

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

к распоряжению
министерства здравоохранения
Астраханской области
от 29.12.18 № 1349р

ПРОТОКОЛ

Колоноскопия (КС) № _____

Ф.И.О. пациента: _____
Дата рождения: _____ Пол: _____ Медицинская карта № _____
Дата исследования: _____ Время _____
Кем направлен*: _____

Обследование проводится: по плановым / экстренным показаниям

Предварительный диагноз: _____

Премедикация: _____ Анестезия: _____

Эндоскоп (марка, модель): _____

ОПИСАНИЕ:

Аппарат проведен до _____ Терминальный отдел подвздошной кишки _____

СЛЕПАЯ КИШКА: Купол слепой кишки _____ Устье аппендикулярного
отростка _____ Илеоцекальный клапан: _____ Просвет слепой кишки:
_____ Содержимое: _____ Слизистая: _____ Сосудистый
рисунок _____ Тонус: _____ Гаустрация: _____
Поражения, образования, дефекты: _____
(локализация, вид, количество, форма, поверхность, размер, тип роста**)

Кровотечение: _____
(интенсивность кровотечения, источник)

ОБОДОЧНАЯ КИШКА: (восходящая, поперечная, нисходящая, сигмовидная) Просвет: _____
Содержимое: _____ Слизистая: _____ Сосудистый рисунок: _____
Тонус: _____ Гаустрация: _____ Сигма (особенности): _____
Поражения, образования, дефекты: _____
(локализация, вид, количество, форма, поверхность, размер, тип роста**)

Кровотечение: _____
(интенсивность кровотечения, источник)

ПРЯМАЯ КИШКА: Просвет: _____ Содержимое: _____ Слизистая: _____
Сосудистый рисунок _____ Тонус: _____
Поражения, образования, дефекты: _____
(локализация, вид, количество, форма, поверхность, размер, тип роста**)

Кровотечение: _____
(интенсивность кровотечения, источник)

Манипуляции: _____

Биопсия: _____

Перианальная область, анальный канал _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: _____

Схема подготовки: одноэтапная/двухэтапная, препарат _____

Качество подготовки: _____ баллов (_ - _ -) по Бостонской шкале.

Время осмотра (на выходе) - _____ мин.

Рекомендации: _____

Врач-эндоскопист: _____ Ф.И.О. _____
(подпись)

* наименование направляющей медицинской организации, её структурного подразделения

** указывается согласно Парижской эндоскопической классификации опухолевых поражений кишечника