

[Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 15 января 2020 г. N 16 "Об оказании медицинской помощи по профилю "онкология" в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы"](#)

**Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 15 января 2020 г. N 16
"Об оказании медицинской помощи по профилю "онкология" в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы"**

В целях совершенствования организации оказания медицинской помощи по профилю "онкология" в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, в соответствии с [частью 5 статьи 16](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", [приказом](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 915н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология", [пунктом 18.6](#) Положения о Департаменте здравоохранения города Москвы, утвержденного [постановлением](#) Правительства Москвы от 22 августа 2012 г. N 425-ПП приказываю:

1. Утвердить:

1.1. Инструкцию по оказанию медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы (далее - медицинские организации) в соответствии с территориальным принципом (далее - Инструкция), согласно [приложению 1](#) к приказу.

1.2. Форму протокола онкологического консилиума врачей ([приложение 2](#) к приказу).

1.3. Перечень медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю "онкология" ([приложение 3](#) к приказу).

1.4. Перечень медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях по профилю "онкология" I порядка ([приложение 4](#) к приказу).

1.5. Перечень медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях по профилю "онкология" II порядка ([приложение 5](#) к приказу).

1.6. Схему территориального закрепления медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих медицинскую помощь по профилю "онкология" ([приложение 6](#) к приказу).

2. Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы обеспечить оказание медицинской помощи по профилю "онкология" в соответствии с [Инструкцией](#).

3. Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь:

3.1. Назначить приказом по медицинской организации ответственного сотрудника за соблюдение сроков и качества оказания медицинской помощи пациентам с подозрением на злокачественное новообразование в должности не ниже заместителя руководителя.

3.2. Обеспечить выполнение в полном объеме перечня обязательных исследований и консультаций пациентам с подозрением на онкологическое заболевание в сроки согласно [Инструкции](#).

4. Руководителям медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях по профилю "онкология" I порядка:

4.1. Организовать работу вверенных медицинских организаций согласно установленному Порядку и в соответствии с [Инструкцией](#) к приказу.

4.2. Обеспечить проведение регулярных, не менее одного раза в месяц, совещаний с ответственными должностными лицами медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по вопросам соблюдения сроков и качества оказания медицинской помощи пациентам с подозрением на злокачественное новообразование согласно территориальному прикреплению.

4.3. Создать приказом по медицинской организации постоянно действующие онкологические консилиумы согласно [Инструкции](#) и назначить сотрудника ответственного за их проведение.

5. Главному внештатному специалисту Департамента здравоохранения города Москвы по онкологии И.Е. Хатькову:

5.1. Организовать проведение регулярного анализа медицинской документации пациентов со злокачественными новообразованиями на предмет своевременности постановки диагноза и качества оказания медицинской помощи.

5.2. По результатам проведенного анализа направлять в Департамент здравоохранения города Москвы аналитическую справку и, при необходимости, предложения по мерам, направленным на повышение качества и доступности оказания медицинской помощи.

Срок: ежеквартально, до 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

5.3. Организовать регулярное, не реже 1 раз в квартал, проведение совместного обсуждения запущенных случаев с руководителями медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

6. [Приказ](#) Департамента здравоохранения города Москвы от 18 декабря 2015 г. N 1087 "О дальнейшем совершенствовании организации оказания специализированной медицинской помощи по профилю "онкология" в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы" (с изменениями на 13 ноября 2018 г.) считать утратившим силу с 29 февраля 2020 г.

7. Настоящий приказ вступает в силу с 1 марта 2020 г.

8. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы С.М. Гаджиеву, на заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы А.В. Старшину, на заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы А.С. Токарева.

Министр Правительства Москвы, руководитель Департамента здравоохранения города Москвы	А.И. Хрипун
---	-------------

Приложение 1
к [приказу](#) Департамента
здравоохранения города Москвы
от 15.01.2020 г. N 16

Инструкция
по оказанию медицинской помощи населению по профилю "онкология" в
медицинских организациях государственной системы здравоохранения города

Москвы

1. Оказание медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями осуществляется в медицинских организациях, участвующих в реализации [Территориальной программы](#) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве, в том числе, в медицинских организациях Департамента здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (далее - МО ПМП), первичную специализированную медицинскую помощь (далее - МО ПСМП) в первичных онкологических кабинетах (далее - ПОК), первичных онкологических отделениях (далее - ПОО), центрах амбулаторной онкологической помощи (далее - ЦАОП) и медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих специализированную, включая высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю "онкология" I порядка (далее - МО СП I порядка) и медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю "онкология" II порядка (далее - МО СП II порядка), имеющих в лицензии на осуществлением медицинской деятельности соответствующие виды работ и услуг ([приложения 3, 4 и 5](#) к приказу), с обязательным соблюдением сроков, установленных данной Инструкцией. Оказание медицинской помощи по профилю "онкология" осуществляется согласно территориальному принципу ([приложение 6](#) к приказу).

2. При обращении пациента в МО ПМП с характерными жалобами или признаками онкологического заболевания врач общей практики (семейный врач) (далее - ВОП)/врач-терапевт/врач-терапевт участковый или врач-специалист в рамках "онконастороженности" организует проведение обязательных исследований и консультаций в срок не более 3 рабочих дней, согласно [приложению 1](#) к Инструкции. При наличии медицинских показаний возможно проведение дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, а также консультации профильных специалистов.

3. Результатами первичного обследования могут быть либо подтверждение, либо опровержение предварительного диагноза рубрики "N, D", согласно [Международной классификации](#) болезней 10-го пересмотра (далее - МКБ-10).

4. Контроль за соблюдением сроков и качества выполнения обязательного объема диагностических исследований и консультаций обеспечивает ответственный заместитель руководителя МО ПМП.

5. В случае подтверждения предварительного диагноза злокачественного новообразования ВОП/участковый врач/семейный врач/специалист направляет пациента на консультацию к врачу-онкологу в МО ПСМП, согласно территориальному прикреплению ([приложение 6](#) к приказу).

6. Направление на консультацию в МО ПСМП оформляется в электронном виде с использованием возможностей Единой медицинской информационно-аналитической системы (далее - ЕМИАС). ВОП/врач-терапевт/семейный врач организует запись пациента непосредственно на консультацию к врачу-онкологу. В случае отсутствия технической возможности оформления направления в электронном виде с использованием ЕМИАС, направительные документы оформляются на бумажных носителях:

- Направление на консультацию по [форме N 057/у-04](#) "Направление на госпитализацию, обследование, консультацию";

- Выписка из медицинской карты пациента с результатами диагностических исследований по [форме N 027/у](#) "Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного".

7. Консультация врача-онколога в МО ПСМП должна быть проведена в течение 2 рабочих дней с даты направления на консультацию (но не позднее 5 рабочих дней с даты возникновения подозрения на злокачественное новообразование).

8. В МО ПСМП, при наличии медицинских показаний, врач-онколог в течении одного рабочего дня организует взятие биопсийного материала и его направление в патолого-анатомическое отделение МО СП I порядка, согласно территориальному прикреплению ([приложение 6](#) к приказу), а также организует проведение иных диагностических исследований, необходимых для оценки распространенности, определения стадии онкологического заболевания и функционального состояния пациента. При этом срок проведения инструментальных и лабораторных исследований не должен превышать 10 рабочих дней (срок проведения каждого исследования не более 7 рабочих дней со дня назначения).

8.1. В случае отсутствия технической возможности или медицинских показаний для проведения биопсии в условиях МО ПСМП, пациент в установленном порядке направляется врачом-онкологом для проведения биопсии в условиях МО СП I порядка.

8.2. В случае отсутствия в МО ПСМП возможности для проведения диагностических исследований, необходимых для оценки распространенности и определения стадии онкологического заболевания, пациент направляется врачом-онкологом в МО ПМП по месту прикрепления, направление оформляется в электронном виде с использованием возможностей ЕМИАС.

9. Направление на прижизненное патолого-анатомическое исследование в МО СП I порядка оформляется в электронном виде с использованием возможностей ЕМИАС. В случае отсутствия технической возможности оформления направления в электронном виде с использованием возможностей ЕМИАС, направительные документы оформляются на бумажных носителях:

- Направление по [форме N 014/y](#) "Направление на прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала";
- Выписка из медицинской карты пациента с результатами диагностических исследований по [форме N 027/y](#) "Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного".

10. Срок выполнения прижизненного патолого-анатомического исследования с целью морфологического подтверждения диагноза злокачественного новообразования определяются сложностью проводимого исследования в соответствии с [приказом](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 марта 2016 г. N 179н "О правилах проведения патолого-анатомических исследований", но не должен превышать 10 рабочих дней с момента приема биологического материала. Доставку биопсийного материала организует медицинская организация, направляющая биологический материал на исследование.

10.1. В случае морфологического подтверждения диагноза злокачественного новообразования по результатам патолого-анатомических исследований, врач-онколог МО ПСМП направляет пациента на онкологический консилиум в МО СП в установленном порядке с предоставлением медицинской документации, содержащей информацию о результатах проведенных лабораторных, инструментальных, прижизненных патолого-анатомических исследований, включая материалы лучевых методов исследования на цифровых носителях.

11. Тактика специализированного противоопухолевого лечения, а также определение показаний к проведению углубленного обследования пациента, включая применение уникальных или ресурсоемких медицинских технологий, устанавливается решением онкологического консилиума.

11.1. При необходимости участники онкологического консилиума могут

присутствовать на заседании онкологического консилиума дистанционно, с применением методов телемедицинских технологий в порядке, предусмотренным [приказом](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 ноября 2017 г. N 965н "Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий".

11.2. Выбор объема хирургического вмешательства, схем и объемов лекарственной терапии с указанием наименований лекарственных препаратов, дозировок и кратности их применения, а также объема и метода облучения в рамках действующей тактики лечения, определенной решением онкологического консилиума, определяется лечащим врачом.

11.3. Онкологический консилиум проводится в срок, не превышающий 2 рабочих дня с даты направления врачом-онкологом МО ПСМП. Состав онкологического консилиума должен включать врача-онколога специалиста по хирургическим методам лечения, онколога специалиста по лекарственным методам лечения и врача-радиотерапевта с привлечением при необходимости врачей других специальностей.

11.4. Решение онкологического консилиума оформляется протоколом, в соответствии с формой ([приложение 2](#) к приказу), вносится в медицинскую документацию пациента.

11.5. В случае наличия онкологического заболевания, при котором гистологическая верификация диагноза не возможна, и диагноз определен на основании клинических, лабораторных и инструментальных данных, врач-онколог имеет право направить на онкологический консилиум без патолого-анатомического подтверждения диагноза.

11.6. В случае отсутствия исследований, необходимых для определения тактики ведения пациента, или в случае, если показано проведение дополнительных диагностических исследований, их дальнейшее проведение должно быть организовано по месту проведения онкологического консилиума, в течение 3 рабочих дней с даты проведения первичного онкологического консилиума. При отсутствии возможности для проведения дополнительного исследования, пациент направляется в иную медицинскую организацию, принимающую участие в реализации [Территориальной программы](#) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеющую необходимые соответствующие технические возможности, в установленном порядке в соответствии с приказами Департамента здравоохранения города Москвы.

11.7. После получения результатов дополнительных исследований, проводится повторный онкологический консилиум не позднее 1 рабочего дня с даты выдачи заключения по исследованию. Контроль за проведение дополнительных исследований и повторного онкологического консилиума осуществляет ответственный сотрудник, назначенный руководителем.

12. Срок ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи для пациентов с онкологическими заболеваниями не должен превышать 5 рабочих дней с даты проведения онкологического консилиума, но не более 7 рабочих дней с даты гистологической верификации опухоли или с момента установления предварительного диагноза заболевания (состояния).

13. При назначении пациенту с онкологическим заболеванием специализированного лечения, его проведение должно осуществляться в МО СП I порядка ([приложение 4](#) к приказу). В случае отсутствия возможности соблюдения установленных сроков оказания специализированной помощи, пациент направляется в МО СП II порядка ([приложение 5](#) к приказу) для проведения лечения в установленные в пункте 12 сроки.

14. При наличии противопоказаний к проведению специализированного противоопухолевого лечения, онкологический консилиум рекомендует тактику дальнейшего ведения пациента, включая направление пациента на оказание паллиативной помощи.

15. Скорая медицинская помощь пациентам с онкологическими заболеваниями оказывается в соответствии с [Порядком](#) оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденной [приказом](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. N 388н, [приказом](#) Департамента здравоохранения города Москвы от 13 сентября 2019 г. N 832 "О дальнейшем совершенствовании оказания медицинской помощи в плановой, неотложной и экстренной формах в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы".

16. В медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, не входящих в перечни, утвержденные [приложениями 4 и 5](#), при подозрении и (или) выявления онкологического заболевания у пациента, госпитализированного в стационарное отделение общесоматического профиля в плановом порядке или по жизненным показаниям, после устранения жизнеугрожающего состояния, лечащий врач организует консультацию врача-онколога из МО СП I порядка и, при наличии медицинских показаний, перевод пациента в МО СП I порядка с дальнейшим проведением онкологического консилиума, для определения тактики лечения, учитывая профиль заболевания и территориальное прикрепление ([приложение 6](#) к приказу). При этом в ходе лечения в рамках данного случая госпитализации проводится комплекс исследований, направленных на определение диагноза, стадии и распространенности новообразования.

17. Паллиативная помощь пациентам с онкологическими заболеваниями оказывается в соответствии с [Порядком](#) оказания паллиативной помощи, утвержденным совместным [приказом](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 мая 2019 г. N 345н/372н "Об утверждении положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организации социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья", [приказом](#) Департамента здравоохранения города Москвы от 28 августа 2017 г. N 605 "Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению".

18. Срок постановки на диспансерный учет пациента с выявленным онкологическим заболеванием не должен превышать 3 рабочих дня с момента постановки диагноза онкологического заболевания.

19. Пациенты с онкологическими заболеваниями подлежат пожизненному диспансерному наблюдению врачом-онкологом в МО ПСМП.

20. Если течение заболевания не требует изменения сроков диспансерного наблюдения больного, после проведенного лечения диспансерный осмотр пациента проводится:

- в течение первого года - один раз в три месяца,
- в течение второго года - один раз в шесть месяцев,
- в дальнейшем - один раз в год.

21. В случае выявления в процессе диспансерного наблюдения рецидива или прогрессирования заболевания пациент подлежит направлению в МО СП I порядка для проведения повторного онкологического консилиума с целью определения дальнейшей тактики ведения пациента.

**Перечень
обязательных исследований и консультаций при подозрении на злокачественное
новообразование**

**Таблица N 1. Перечень общих жалоб/скрытых признаков злокачественного
новообразования**

N п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Субфебрильная или фебрильная температура тела без других симптомов более 1 месяца
2.	Необъяснимая потеря веса на 10 и более процентов от общего веса за последние 3 месяца
3.	Увеличение регионарных лимфоузлов, не связанное с ОРВИ, более 1 месяца
4.	Кашель, не проходящий на фоне антибиотикотерапии, не связанный с ОРВИ более 8 недель
5.	Слабость более 1 месяца
6.	Потеря аппетита более 1 месяца
7.	Бледность кожных покровов более 1 месяца
8.	Тошнота более 1 месяца
9.	Повышенная утомляемость, астения более 1 месяца

При наличии одной или нескольких жалоб из [пунктов 1-9](#) таблицы N 1 обязательно проведение следующих исследований:

**Таблица N 1.2. Перечень исследований при общих скрытых признаках
злокачественного новообразования**

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет

2.	О п р е д е л е н и е а к т и в н о с т и аланинаминотранс- феразы в крови	да	нет
3.	О п р е д е л е н и е а к т и в н о с т и аспартатаминотранс- сферазы в крови	да	нет
4.	И с с л е д о в а н и е у р о в н я о б щ е г о белка в крови	да	нет
5.	О п р е д е л е н и е билирубина общего	да	нет
6.	О п р е д е л е н и е глюкозы	да	нет
7.	И с с л е д о в а н и е у р о в н я м о ч е в и н ы в крови	да	нет
8.	И с с л е д о в а н и е у р о в н я к р е а т и н и н а в крови	да	нет
9.	И с с л е д о в а н и е у р о в н я ж е л е з а в сыворотке крови	да	нет
10.	Исследование кала на скрытую кровь	да	нет
11.	О п р е д е л е н и е антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	да, перед проведением эзофагогастродуод- еноскопии	нет
12.	О п р е д е л е н и е антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в к р о в и , качественное исследование	да, перед проведением эзофагогастродуод- еноскопии	нет
13.	О п р е д е л е н и е антител к бледной т р е п о н е м е (Treponema pallidum) в крови	да, перед проведением эзофагогастродуод- еноскопии	нет

14.	О п р е д е л е н и е антител классов М, G (IgM, IgG) к в и р у с у иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Н и т а н immunodeficiency virus HIV 1) в крови и Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к в и р у с у иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Н и т а н immunodeficiency virus HIV 2) в крови	да, перед проведением эзофагогастродуоденоскопии	нет
15.	Эзофагогастродуоденоскопия и колоноилеоскопия	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	нет
16.	И с с л е д о в а н и е у р о в н я простатспецифического антигена общего в крови	да, если не проводилось за последние 12 месяцев	Для мужчин старше 45 лет
17.	Консультация врача-акушера-гинеколога	да, если не проводилось за последние 12 месяцев	Для женщин старше 18 лет
18.	Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки, Цитологическое исследование микропрепарата цервикального канала	да, если не проводилось за последние 12 месяцев	Для женщин старше 18 лет
19.	Обзорная Rg-графия молочной железы в двух проекциях	да	Для женщин после 39 лет
20.	Ультразвуковое исследование молочных желез	да	Для женщин от 18 до 39 лет включительно

21.	Rg-графия органов грудной клетки (компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (без контрастирования))	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	2 проекции
22.	Ультразвуковое исследование брюшной полости	да	нет
23.	Консультация врача общей практики/врача-терапевта/врача-терапевта участкового	да	с результатами исследований

Таблица N 2. Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования верхних дыхательных путей и ротовой полости

N п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Заложенность носа более 1 месяца
2.	Кровянистые выделения из носа более 1 месяца
3.	Иррадиация боли в ухо более 1 месяца
4.	Ощущение "кома" в горле более 1 месяца
5.	Трудности с глотанием более 1 месяца
6.	Боль при глотании более 1 месяца
7.	Осиплость голоса более 1 месяца
8.	Наличие объемного образования области шеи
9.	Болезненное уплотнение или язва губы, щеки, внутренней части щеки, твердого неба, мягкого неба, языка, ротоглотки более 14 дней
10.	Затруднение дыхания более 1 месяца
11.	Чувство тяжести и давления в области шеи
12.	Затруднение прохождения пищи

Перечень исследований при подозрении на злокачественное новообразование верхних дыхательных путей и ротовой полости

При наличии одной или нескольких жалоб, указанных в [пунктах 1-7](#) Таблицы N 2, обязательно проведение [перечня](#) исследований N 1.

Перечень исследований N 1

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Консультация врача-оториноларинголога	да	с результатами исследований

При наличии любой из жалоб из п. 8-9 обязательно проведение перечня исследований N 2.

Перечень исследований N 2

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Ультразвуковое исследование мягких тканей (одной анатомической зоны)	да	надключичные, подключичные, подбородочные, поднижнечелюстные
3.	Консультация врача-стоматолога	да	нет
4.	Консультация врача-онколога	да	с результатами исследований

При наличии любой из жалоб, указанных в пунктах 10-11 Таблицы N 2, обязательно проведение перечня исследований N 3.

Перечень исследований N 3

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет

2.	Ультразвуковое исследование мягких тканей (одной анатомической зоны)	да	надключичные, подключичные, подбородочные, поднижнечелюстные
3.	Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез	да	нет
4.	Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях или компьютерная томография органов грудной клетки	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	2 проекции
5.	Консультация врача общей практики/ врача-терапевта/ врача-терапевта участкового	да	с результатами исследований

При наличии только жалобы из [пункта 12](#) Таблицы N 2 либо при одновременном наличии одной или нескольких жалоб из [пунктов 1-7](#) Таблицы и жалобы из пункта 12 Таблицы N 2 обязательно проведение [перечня](#) исследований N 4.

Перечень исследований N 4

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Rg-графия органов грудной клетки (компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (без контрастирования))	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	2 проекции

3.	О п р е д е л е н и е антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	да	перед проведением эзофагогастродуод еноскопии
4.	О п р е д е л е н и е антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в к р о в и , к а ч е с т в е н н о е исследование	да	перед проведением эзофагогастродуод еноскопии
5.	О п р е д е л е н и е антител к бледной т р е п о н е м е (Treponema pallidum) в крови	да	перед проведением эзофагогастродуод еноскопии
6.	О п р е д е л е н и е антител классов М, G (IgM, IgG) к в и р у с у иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Н и т а н immunodeficiency virus HIV 1) в крови и Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к в и р у с у иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Н и т а н immunodeficiency virus HIV 2) в крови	да	перед проведением эзофагогастродуод еноскопии
7.	Эзофагогастродуод еноскопия	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	нет
8.	К о н с у л ь т а ц и я в р а ч а - оториноларинголога	да	нет
9.	Консультация врача общей практики/ врача-терапевта/ врача-терапевта участкового	да	с результатами исследований

При одновременном наличии одной или нескольких жалоб из [пунктов 1-7](#) Таблицы N 2 и наличии одной или нескольких жалоб из [пунктов 8-9](#) Таблицы N 2 обязательно проведение [перечня](#) исследований N 5.

При одновременном наличии одной или нескольких жалоб из [пунктов 1-7](#) Таблицы N 2 и наличии одной или нескольких жалоб из [пунктов 10-11](#) Таблицы N 2 обязательно проведение [перечня](#) исследований N 5.

Перечень исследований N 5

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Ультразвуковое исследование мягких тканей (одной анатомической зоны)	да	надключичные, подключичные, подбородочные, поднижнечелюстные
3.	Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез	да	нет
4.	Консультация врача-оториноларинголога	да	с результатами исследований

Таблица N 3. Перечень возможных жалоб/признаков злокачественного новообразования мочевой системы

N п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Боль при мочеиспускании в конце акта мочеиспускания более 1 месяца
2.	Кровь в моче
3.	Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря более 1 месяца
4.	Учащенное мочеиспускание более 1 месяца
5.	Боли в поясничной области постоянного характера более 1 месяца

Перечень исследований при подозрении на злокачественное новообразование мочевой системы

При наличии одной или нескольких жалоб из [пунктов 1-4](#) Таблицы N 3 обязательно проведение [перечня](#) исследований N 1.

Перечень исследований N 1

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	О б щ и й (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	О б щ и й (клинический) анализ мочи	да	нет
3.	Исследование у р о в н я простатспецифического антигена общего в крови	да	для мужчин
4.	Ультразвуковое исследование органов малого таза у женщин (одной анатомической зоны) Ультразвуковое исследование органов малого таза у мужчин (одной анатомической зоны)	да	трансабдоминально
5.	Ультразвуковое исследование органов малого таза у мужчин (одной анатомической зоны)	да	трансабдоминально
6.	Консультация врача-уролога	да	с результатами исследований
7.	Консультация врача-акушера-гинеколога	да	для женщин

При одновременном наличии одной или нескольких жалоб из [пунктов 1-4](#) и жалобы из [пункта 5](#) Таблицы N 3 обязательно проведение [перечня](#) исследований N 2.

Перечень исследований N 2

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Исследование креатинина	да	нет
3.	Исследование мочевины	да	нет
4.	Общий (клинический) анализ мочи	да	нет
5.	Исследование уровня простатспецифического антигена общего в крови	да	для мужчин
6.	Ультразвуковое исследование почек и забрюшинного пространства	да	нет
7.	Ультразвуковое исследование органов малого таза у женщин (одной анатомической зоны) Ультразвуковое исследование органов малого таза у мужчин (одной анатомической зоны)	да	трансабдоминально
8.	Ультразвуковое исследование органов малого таза у мужчин (одной анатомической зоны)	да	трансабдоминально
9.	Консультация врача-уролога	да	с результатами исследований
10.	Консультация врача-акушера-гинеколога	да	для женщин

При наличии только жалобы из пункта 5 Таблицы N 3 обязательно проведение перечня исследований N 3.

Перечень исследований N 3

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	О б щ и й (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	И с с л е д о в а н и е креатинина	да	нет
3.	И с с л е д о в а н и е мочевины	да	нет
4.	Ультразвуковое исследование почек и забрюшинного пространства	да	нет
5.	К о н с у л ь т а ц и я врача-невролога	да	с результатами исследований
6.	Консультация врача общей практики/ врача-терапевта/ врача-терапевта участкового	да	с результатами исследований

**Таблица N 4. Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования
половой системы у мужчин**

N п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Кровь в моче
2.	Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря более 1 месяца
3.	Учащенное мочеиспускание более 1 месяца
4.	Образование головки полового члена
5.	Образование на крайней плоти полового члена
6.	Образование тела полового члена
7.	Образование яичка
8.	Изменение формы и размера мошонки

Вышеуказанные симптомы определяются только у мужчин.

**Перечень
исследований при подозрении на злокачественное новообразование половой
системы у мужчин**

При наличии одной или нескольких жалоб из [пунктов 1-3](#) Таблицы N 4 обязательно проведение [перечня](#) исследований N 1.

Перечень исследований N 1

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Исследование креатинина	да	нет
3.	Исследование мочевины	да	нет
4.	Общий (клинический) анализ мочи	да	нет
5.	Исследование уровня простатспецифического антигена общего в крови	да	нет
6.	Ультразвуковое исследование почек и забрюшинного пространства	да	нет
7.	Ультразвуковое исследование органов малого таза у мужчин (одной анатомической зоны) Ультразвуковое исследование органов малого таза у женщин (одной анатомической зоны)	да	трансабдоминально
8.	Ультразвуковое исследование органов малого таза у мужчин (одной анатомической зоны)	да	трансабдоминально
9.	Консультация врача-уролога	да	с результатами исследований

При наличии одной или нескольких жалоб из [пунктов 4-6](#) Таблицы N 4

обязательно проведение [перечня](#) исследований N 2.

Перечень исследований N 2

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Консультация в р а ч а - дерматовенеролога	да	нет
2.	Консультация врача-уролога	да	нет

При наличии любой из жалоб из [пунктов 7-8](#) Таблицы N 4 обязательно проведение [перечня](#) исследований N 3.

Перечень исследований N 3

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Ультразвуковое исследование наружных половых органов у мужчин (о д н о й анатомической зоны)	да	нет
2.	Консультация врача-уролога	да	нет

**Таблица N 5. Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования
наружных женских половых органов**

N п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Патологические выделения из половых путей любого цвета
2.	Дискомфорт при ходьбе в области промежности
3.	Зуд в области половых губ более 1 месяца
4.	Объемное образование в области половых губ более 1 месяца
5.	Кровянистые выделения из половых путей после полового контакта более 1 месяца

Вышеуказанные симптомы определяются только у женщин.

**Перечень
исследований при подозрении на злокачественное новообразование наружных
женских половых органов**

При наличии любой жалобы обязательно проведение [перечня](#) исследований.

Перечень исследований

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Консультация врача-акушера- гинеколога	да	нет

**Таблица N 6. Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования
внутренних женских половых органов**

N п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Тянущие боли внизу живота у женщин более 1 месяца
2.	Увеличение живота в объеме, не связанное с увеличением подкожно жировой клетчатки передней брюшной стенки (признаки асцита) за последнюю неделю

Вышеуказанные симптомы определяются только у женщин.

**Перечень
исследований при подозрении на злокачественное новообразование внутренних
женских половых органов**

При наличии любой жалобы обязательно проведение [перечня](#) исследований.

Перечень исследований

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет

2.	О п р е д е л е н и е а к т и в н о с т и а л а н и н а м и н о т р а н с ф е р а з ы в к р о в и	да	нет
3.	О п р е д е л е н и е а к т и в н о с т и а с п а р т а т а м и н о т р а н с ф е р а з ы в к р о в и	да	нет
4.	И с с л е д о в а н и е у р о в н я о б щ е г о б е л к а в к р о в и	да	нет
5.	О п р е д е л е н и е б и л и р у б и н а о б щ е г о	да	нет
6.	О п р е д е л е н и е г л ю к о з ы	да	нет
7.	И с с л е д о в а н и е у р о в н я м о ч е в и н ы в к р о в и	да	нет
8.	И с с л е д о в а н и е у р о в н я к р е а т и н и н а в к р о в и Rg-г р а ф и я о р г а н о в г р у д н о й к л е т к и	да	нет
9.	(К о м п ь ю т е р н а я т о м о г р а ф и я о д н о й а н а т о м и ч е с к о й о б л а с т и у в з р о с л ы х (б е з к о н т р а с т и р о в а н и я))	да	2 проекции
10.	И с с л е д о в а н и е у р о в н я а н т и г е н а а д е н о г е н н ы х р а к о в C A 1 2 5 в к р о в и	да	нет
11.	И с с л е д о в а н и е у р о в н я х о р и о н и ч е с к о г о г о н а д о т р о п и н а в к р о в и	да	для женщин с 18 до 55 лет, при задержке менструаций

12.	Ультразвуковое исследование брюшной полости Ультразвуковое исследование органов малого таза у женщин (одной анатомической зоны) Ультразвуковое исследование органов малого таза у мужчин (одной анатомической зоны)	да	нет
13.	Ультразвуковое исследование органов малого таза у женщин (одной анатомической зоны)	да	трансвагинально
14.	Консультация врача-акушера-гинеколога	да	с результатами исследований

Таблица N 7. Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования центральной и периферической нервной системы

N п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Головная боль приступообразного характера, в основном в ночное время или утром более 1 месяца
2.	Эпилептические припадки
3.	Потеря сознания
4.	Ощущения покалывания или ползания мурашек более 3 месяцев
5.	Выраженный болевой синдром в проекции нерва более 14 дней
6.	Парез (снижение силы мышц) более 14 дней
7.	Гипестезия (снижение чувствительности) более 14 дней
8.	Трофические изменения кожи в проекции нерва более 3 месяцев
9.	Резкое и сильное изменение качества зрения более 1 месяца

10.	Постепенное появление косоглазия более 1 месяца
11.	Головокружение более 14 дней

Перечень исследований при подозрении на злокачественное новообразование центральной и периферической нервной системы

При наличии любой жалобы обязательно проведение **перечня** исследований N 1.

Перечень исследований N 1

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	О б щ и й (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Консультация врача-невролога	да	нет

При одновременном наличии жалоб из п. 9 и п. 10 обязательно проведение **перечня** исследований N 2.

Перечень исследований N 2

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	О б щ и й (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Консультация врача - офтальмолога	да	нет
3.	Консультация врача-невролога	да	нет

Таблица N 8. Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования глаза

N п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Резкое и сильное изменение качества зрения более 1 месяца
2.	Перед глазами вспышки, пятна более 1 месяца

3.	Появление темного пятна на склере или радужке более 1 месяца
4.	Припухлость глаза более 1 месяца
5.	Ощущение инородного тела более 1 месяца
6.	Гиперемия в области глаза более 1 месяца
7.	Чувство жжения в глазу более 1 месяца
8.	Периодическая или постоянная боль в области глаза более 1 месяца
9.	Побелевший зрачок
10.	Постепенное появление косоглазия более 1 месяца
11.	Отсутствие бинокулярного зрения более 1 месяца
12.	Экзофтальм

Перечень исследований при подозрении на злокачественное новообразование органов глаза

При наличии любой жалобы обязательно проведение **перечня** исследований N 1.

Перечень исследований N 1

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Консультация в р а ч а - офтальмолога	да	нет

При одновременном наличии жалоб из **п. 1** и **п. 10** обязательно проведение **перечня** исследований N 2.

Перечень исследований N 2

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	О б щ и й (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Консультация в р а ч а - офтальмолога	да	нет
3.	Консультация врача-невролога	да	нет

Таблица N 9. Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования верхних дыхательных путей и ротовой полости

N п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Заложенность носа более 1 месяца
2.	Кровянистые выделения из носа более 1 месяца
3.	Иррадиация боли в ухо более 1 месяца
4.	Ощущение "кома" в горле более 1 месяца
5.	Трудности с глотанием более 1 месяца
6.	Боль при глотании более 1 месяца
7.	Осиплость голоса более 1 месяца
8.	Наличие объемного образования области шеи
9.	Болезненное уплотнение или язва губы, щеки, внутренней части щеки, твердого неба, мягкого неба, языка, ротоглотки более 14 дней
10.	Затруднение дыхания более 1 месяца
11.	Чувство тяжести и давления в области шеи
12.	Затруднение прохождения пищи

Перечень исследований при подозрении на злокачественное новообразование верхних дыхательных путей и ротовой полости

При наличии одной или нескольких жалоб из п. 1-7 обязательно проведение перечня исследований N 1.

Перечень исследований N 1

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	О б щ и й (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Консультация врача-оториноларинголога	да	с результатами исследований

При наличии любой из жалоб из п. 8-9 обязательно проведение перечня исследований N 2.

Перечень исследований N 2

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	О б щ и й (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Ультразвуковое исследование мягких тканей (о д н о й анатомической зоны)	да	надключичные, подключичные, подбородочные, поднижнечелюстны е
3.	Консультация врача-стоматолога	да	нет
4.	Консультация врача-онколога	да	с результатами исследований

При наличии любой из жалоб из п. 10-11 обязательно проведение перечня исследований N 3.

Перечень исследований N 3

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	О б щ и й (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Ультразвуковое исследование мягких тканей (о д н о й анатомической зоны)	да	надключичные, подключичные, подбородочные, поднижнечелюстны е
3.	Ультразвуковое исследование щ и т о в и д н о й железы и паращитовидных желез	да	нет

4.	Rg-графия органов грудной клетки (Компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (без контрастирования))	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	2 проекции
5.	Консультация врача общей практики/ врача-терапевта/ врача-терапевта участкового	да	с результатами исследований

При наличии только жалобы из п. 12 либо при одновременном наличии одной или нескольких жалоб из п. 1-7 и жалобы из п. 12 обязательно проведение перечня исследований N 4.

Перечень исследований N 4

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Rg-графия органов грудной клетки (Компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (без контрастирования))	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	2 проекции
3.	Определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	да	перед проведением эзофагогастродуоденоскопии
4.	Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, качественное исследование	да	перед проведением эзофагогастродуоденоскопии

5.	О п р е д е л е н и е а н т и т е л к б л е д н о й т р е п о н е м е (Treponema pallidum) в к р о в и	да	перед проведением эзофагогастродуод еноскопии
6.	О п р е д е л е н и е а н т и т е л к л а с с о в М, G (IgM, IgG) к в и р у с у и м м у н о д е ф и ц и т а ч е л о в е к а В И Ч - 1 (Н и т а н i m m u n o d e f i c i e n c y v i r u s H I V 1) в к р о в и и О п р е д е л е н и е а н т и т е л к л а с с о в М, G (IgM, IgG) к в и р у с у и м м у н о д е ф и ц и т а ч е л о в е к а В И Ч - 2 (Н и т а н i m m u n o d e f i c i e n c y v i r u s H I V 2) в к р о в и	да	перед проведением эзофагогастродуод еноскопии
7.	Эзофагогастродуод еноскопия	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	нет
8.	К о н с у л ь т а ц и я в р а ч а - о т о р и н о л а р и н г о л о г а	да	нет
9.	К о н с у л ь т а ц и я в р а ч а о б щ е й п р а к т и к и / в р а ч а - т е р а п е в т а / в р а ч а - т е р а п е в т а у ч а с т к о в о г о	да	с результатами исследований

При одновременном наличии одной или нескольких жалоб из п. 1-7 и наличии одной или нескольких жалоб из п. 8-9 обязательно проведение перечня исследований N 5.

При одновременном наличии одной или нескольких жалоб из п. 1-7 и наличии одной или нескольких жалоб из п. 10-11 обязательно проведение перечня исследований N 5.

Перечень исследований N 5

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
----------	------------	----------------	---------------------------

1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Ультразвуковое исследование мягких тканей (одной анатомической зоны)	да	надключичные, подключичные, подбородочные, поднижнечелюстные
3.	Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез	да	нет
4.	Консультация врача-оториноларинголога	да	с результатами исследований

Таблица N 10. Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования пищевода

N п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Затруднение прохождения пищи более 1 месяца
2.	Боли при глотании в проекции грудины более 1 месяца

Перечень исследований при подозрении на злокачественное новообразование пищевода

При наличии любой из жалоб или комбинации из п. 1 или п. 2 обязательно проведение перечня исследований.

Перечень исследований

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет

2.	Rg-графия органов грудной клетки (Компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (без контрастирования))	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	2 проекции
3.	Определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	да	перед проведением эзофагогастродуоденоскопии
4.	Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, качественное исследование	да	перед проведением эзофагогастродуоденоскопии
5.	Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови	да	перед проведением эзофагогастродуоденоскопии
6.	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (HUMAN immunodeficiency virus HIV 1) в крови и Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (HUMAN immunodeficiency virus HIV 2) в крови	да	перед проведением эзофагогастродуоденоскопии
7.	Эзофагогастродуоденоскопия	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	нет
8.	Консультация врача-оториноларинголога	да	нет

9.	Консультация врача общей практики/врача-терапевта/врача-терапевта участкового	да	с результатами исследований
----	---	----	-----------------------------

Таблица N 11. Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования органов грудной клетки

N п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Боли за грудиной при дыхании, не связанные с физической нагрузкой или изменениями АД более 1 месяца
2.	Одышка, не связанная с физической нагрузкой более 1 месяца
3.	Тахикардия, не связанная с физической нагрузкой более 1 месяца
4.	Синюшность кожных покровов более 1 месяца
5.	Кровохарканье
6.	Вздутие вен шеи более 1 месяца
7.	Одутловатость лица, без нарушения мочеиспускания более 1 месяца
8.	Отечность рук более 1 месяца
9.	Признаки миастении (опущение верхнего века, двоение в глазах, нарастающая мышечная слабость) более 1 месяца

Перечень исследований при подозрении на злокачественное новообразование органов грудной клетки

При наличии одной или нескольких жалоб из п. 1-5 обязательно проведение перечня исследований N 1.

Перечень исследований N 1

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	ЭКГ в 12-ти отведениях	да	нет

3.	Rg-графия органов грудной клетки (Компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (без контрастирования))	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	2 проекции
4.	(Компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (без контрастирования))	да, если за последние 6 месяцев проводилась рентгенография органов грудной клетки	нет
5.	Консультация врача общей практики/врача-терапевта/врача-терапевта участкового	да	с результатами исследований

При наличии одной или нескольких жалоб из п. 6-8 либо одновременном наличии одной или нескольких жалоб из п. 1-5 и одной или нескольких жалоб из п. 6-8 обязательно проведение **перечня** исследований N 2.

Перечень исследований N 2

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	ЭКГ в 12-ти отведениях	да	нет
3.	Rg-графия органов грудной клетки (Компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (без контрастирования))	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	2 проекции

4.	(Компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (без контрастирования))	да, если за последние 6 месяцев проводилась рентгенография органов грудной клетки	нет
5.	Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез	да	нет
6.	Ультразвуковое исследование мягких тканей (одной анатомической зоны)	Да	надключичные, подключичные
7.	Консультация врача общей практики/врача-терапевта/врача-терапевта участкового	да	с результатами исследований

При наличии только жалобы п. 9 обязательно проведение перечня исследований N 3.

Перечень исследований N 3

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Консультация врача-невролога	да	нет

При одновременном наличии одной или нескольких жалоб из п. 1-8 и жалобы из п. 9 обязательно проведение перечня исследований N 4.

Перечень исследований N 4

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
-------	------------	----------------	------------------------

1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	ЭКГ в 12-ти отведениях	да	нет
3.	Rg-графия органов грудной клетки (Компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (без контрастирования))	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	2 проекции
4.	(Компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (без контрастирования))	да, если за последние 6 месяцев проводилась рентгенография органов грудной клетки	нет
5.	Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез	да	нет
6.	Ультразвуковое исследование мягких тканей (одной анатомической зоны)	да	надключичные, подключичные
7.	Консультация врача-невролога	да	с результатами исследований
8.	Консультация врача общей практики/врача-терапевта/врача-терапевта участкового	да	с результатами исследований

Таблица N 12. Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования печени, поджелудочной железы

N п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Желтушность кожных покровов, изменение цвета стула и мочи
2.	Расчесы на коже более 1 месяца

3.	Потемнение мочи более 1 месяца
4.	Тупая, ноющая, опоясывающая боль в животе более 1 месяца
5.	Выбухание в правом подреберье более 1 месяца
6.	Нарушение обычного характера стула
7.	Рвота

**Перечень
исследований при подозрении на злокачественное новообразование печени,
поджелудочной железы**

При наличии любой жалобы из п. 1-3 либо при одновременном наличии всех жалоб из п. 1-3, либо одновременном наличии любой жалобы из п. 1-3 и одной или нескольких жалоб из п. 4-6, либо наличии только жалобы из п. 6 обязательно проведение перечня исследований N 1.

При наличии только жалобы из п. 4 либо жалобы из п. 5 обязательно проведение перечня исследований N 1.

Перечень исследований N 1

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Определение активности аланинаминотрансферазы в крови	да	нет
3.	Определение активности аспартатаминотрансферазы в крови	да	нет
4.	Исследование уровня общего белка в крови	да	нет
5.	Определение билирубина общего	да	нет
6.	Определение глюкозы	да	нет
7.	Исследование уровня мочевины в крови	да	нет
8.	Исследование уровня креатинина в крови	да	нет

9.	О п р е д е л е н и е активности гамма-глутамилтрансферазы в крови	Да	нет
10.	О п р е д е л е н и е антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	да	нет

ГАРАНТ:

Нумерация пунктов приводится в соответствии с источником

12.	О п р е д е л е н и е антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в к р о в и , качественное исследование	да	нет
13.	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости	да	нет
14.	К о н с у л ь т а ц и я врача-хирурга	да	с результатами исследований

При наличии только жалобы из п. 7 либо при одновременном наличии жалобы из п. 7 и любой жалобы из п. 4-6 обязательно проведение перечня исследований N 2.

Перечень исследований N 2

№ п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	О б щ и й (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	О п р е д е л е н и е активности аланинаминотрансферазы в крови	да	нет
3.	О п р е д е л е н и е активности аспартатаминотрансферазы в крови	да	нет
4.	И с с л е д о в а н и е уровня общего белка в крови	да	нет
5.	О п р е д е л е н и е билирубина общего	да	нет

6.	О п р е д е л е н и е глюкозы	да	нет
7.	И с с л е д о в а н и е уровня мочевины в крови	да	нет
8.	И с с л е д о в а н и е уровня креатинина в крови	да	нет
9.	О п р е д е л е н и е антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	да	перед проведением эзофагогастродуод еноскопии
10.	О п р е д е л е н и е антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в к р о в и , качественное исследование	да	перед проведением эзофагогастродуод еноскопии
11.	О п р е д е л е н и е антител к бледной т р е п о н е м е (Treponema pallidum) в крови	да	перед проведением эзофагогастродуод еноскопии
12.	Исследование на в и р у с иммунодефицита человека ВИЧ (immunodeficiency virus HIV)	да	перед проведением эзофагогастродуод еноскопии
13.	Эзофагогастродуод еноскопия	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	нет
14.	Ультразвуковое исследование брюшной полости	да	нет
15.	Ультразвуковое исследование почек и забрюшинного пространства	да	нет
16.	Консультация врача общей практики/ врача-терапевта/ врача-терапевта участкового	да	с результатами исследований

Таблица N 13. Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования абдоминальной области и забрюшинного пространства

N п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Вздутие живота, задержка газов, не связанное с нарушением питания более 1 месяца
2.	Изжога, не связанная с перееданием пищи более 1 месяца
3.	Боли в верхних отделах живота натощак или ночью более 1 месяца
4.	Чувство переполнения желудка, не связанное с перееданием пищи более 1 месяца
5.	Отрыжка "тухлыми яйцами", не связанная с перееданием пищи более 1 месяца
6.	Рвота с кровью (с любым количеством крови)
7.	Черный стул, не связанный с приемом препаратов железа более 1 месяца
8.	Объемное образование брюшной полости

**Перечень
исследований при подозрении на злокачественное новообразование
абдоминальной области и забрюшинного пространства**

При наличии одной или нескольких жалоб из п. 1-5 обязательно проведение перечня исследований N 1.

Перечень исследований N 1

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	О б щ и й (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Rg-графия органов грудной клетки (Компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (б е з контрастирования))	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	2 проекции

3.	О п р е д е л е н и е антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	да	перед проведением эзофагогастродуод еноскопии
4.	О п р е д е л е н и е антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в к р о в и , к а ч е с т в е н н о е исследование	да	перед проведением эзофагогастродуод еноскопии
5.	О п р е д е л е н и е антител к бледной т р е п о н е м е (Treponema pallidum) в крови	да	перед проведением эзофагогастродуод еноскопии
6.	Исследование на в и р у с иммунодефицита человека ВИЧ (immunodeficiency virus HIV)	Да	перед проведением эзофагогастродуод еноскопии
7.	Эзофагогастродуод еноскопия	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	нет
8.	Ультразвуковое исследование брюшной полости	да	нет
9.	К о н с у л ь т а ц и я в р а ч а - гастроэнтеролога	да	с результатами исследований

При одновременном наличии одной или нескольких жалоб из п. 1-5 и одной или нескольких жалоб из п. 6-8, либо при наличии любой жалобы из п. 6-8 обязательно проведение [перечня](#) исследований N 2.

Перечень исследований N 2

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	О б щ и й (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Скрытая кровь в кале	Да	нет

3.	Rg-графия органов грудной клетки	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	в двух проекции
4.	О п р е д е л е н и е антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	Да	перед проведением эзофагогастродуоденоскопии
5.	О п р е д е л е н и е антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в к р о в и , качественное исследование	да	перед проведением эзофагогастродуоденоскопии
6.	О п р е д е л е н и е антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови	да	перед проведением эзофагогастродуоденоскопии
7.	Исследование на в и р у с иммунодефицита человека ВИЧ (immunodeficiency virus HIV)	да	перед проведением эзофагогастродуоденоскопии
8.	Эзофагогастродуоденоскопия	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	нет
9.	Ультразвуковое исследование брюшной полости	да	нет
10.	К о н с у л ь т а ц и я врача-хирурга	да	с результатами исследований

Таблица N 14. Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования толстой кишки и анального канала

N п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Нарушение обычного характера стула более 1 месяца
2.	Вздутие в животе или боли в животе более 1 месяца
3.	Боли при акте дефекации
4.	Кровь или слизь в кале

5.	Объемное пальпируемое образование брюшной полости
----	---

Перечень исследований при подозрении на злокачественное новообразование толстой кишки и анального канала

При наличии любой жалобы из п. 3-4 либо при одновременном наличии жалоб из п. 3-4 обязательно проведение [перечня](#) исследований N 1.

Перечень исследований N 1

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	О б щ и й (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Скрытая кровь в кале	да	нет
3.	Консультация врача - колопроктолога	да	с результатами исследований

При наличии только жалобы из п. 1 обязательно проведение [перечня](#) исследований N 2.

При одновременном наличии жалоб из п. 2 и п. 4 обязательно проведение [перечня](#) исследований N 2.

Перечень исследований N 2

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	О б щ и й (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Скрытая кровь в кале	да	нет
3.	Ультразвуковое исследование брюшной полости	да	нет
4.	Консультация врача - колопроктолога	да	с результатами исследований

При одновременном наличии жалоб из п. 1 и п. 4 либо наличии только жалобы из

п. 5, либо одновременном наличии жалоб из п. 1-2 и п. 4, либо одновременном наличии всех жалоб из п. 1-5 обязательно проведение перечня исследований N 3.

Перечень исследований N 3

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Скрытая кровь в кале	да	нет
3.	Определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	да	перед проведением колоноилеоскопии
4.	Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, качественное исследование	да	перед проведением колоноилеоскопии
5.	Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови	да	перед проведением колоноилеоскопии
6.	Исследование на вирус иммунодефицита человека ВИЧ (immunodeficiency virus HIV)	да	перед проведением колоноилеоскопии
7.	Колоноилеоскопия	да, если не проводилось за последние 6 месяцев	нет
8.	Ультразвуковое исследование брюшной полости	да	нет
9.	Консультация врача-колопроктолога	да	с результатами исследований

Таблица N 15. Минимальный объем обследования пациента при выявлении признаков злокачественного новообразования молочной железы

N п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Объемное образование молочной железы
2.	Кровянистые выделения из соска
3.	Деформация кожи молочной железы
4.	Втяжение кожи молочной железы (симптом "умбиликации")
5.	Утолщение и отек кожи молочной железы с резким выступанием на ней потовых желез (симптом "лимонной корки")
6.	Выраженное утолщение соска и складки ареолы (симптом Краузе)
7.	Изъязвление кожи над опухолью
8.	Втяжение соска
9.	Гиперемия кожи над молочной железой
10.	Увеличение в размерах подмышечных, подключичных, надключичных лимфоузлов

**Перечень
исследований при подозрении на злокачественное новообразование молочной
железы**

При наличии одной или нескольких жалоб из п. 1, 3-10 обязательно проведение перечня исследований N 1.

Перечень исследований N 1

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Ультразвуковое исследование молочных желез	да	для женщин от 18 до 39 лет; для мужчин; правой и левой молочной желез
2.	Обзорная Рg-графия молочной железы в двух проекциях	да	для женщин старше 40 лет (включительно); правой и левой молочных желез
3.	Консультация врача общей практики/врача-терапевта/врача-терапевта участкового	да	с результатами исследований

При наличии только жалобы из п. 2 обязательно проведение перечня исследований N 2.

Перечень исследований N 2

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Ультразвуковое исследование молочных желез	да	для женщин до 39 лет; для мужчин; правой и левой молочной желез
2.	Обзорная Rg-графия молочной железы в двух проекциях	да	для женщин после 39 лет; правой и левой молочных желез
3.	Консультация врача-онколога	да	с результатами исследований

Таблица N 16. Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования кожи/меланомы

N п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
1.	Пигментное образование, характеризующееся быстрым ростом
2.	Пигментное образование, характеризующееся изменением конфигурации границ
3.	Пигментное образование с появлением в пределах образования разных цветовых оттенков
4.	Зуд в области пигментного образования
5.	Чувство жжения в области пигментного образования
6.	Длительно не заживающая язва кожи
7.	Болезненные и кровоточащие язвы, уплотнения, корки на поверхности кожи (особенно кожи головы, шеи)
8.	Уплотнение участка кожи
9.	Красная кайма вокруг любого объемного образования

Перечень исследований при подозрении на злокачественное новообразование кожи, при подозрении на меланому кожи

При наличии любой жалобы обязательно проведение перечня исследований.

Перечень исследований

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	О б щ и й (клинический) анализ крови развернутый	да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней	нет
2.	Активированное ч а с т и ч н о е тромбопластиновое время (АЧТВ)	да	нет
3.	О п р е д е л е н и е протромбинового (тромбопластиновог о) времени в крови или в плазме	да	нет
4.	О п р е д е л е н и е антител к вирусу гепатита С (Hepatitis С virus) в крови	да	перед проведением колоноилеоскопии
5.	О п р е д е л е н и е антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis В virus) в к р о в и , качественное исследование	да	перед проведением колоноилеоскопии
6.	О п р е д е л е н и е антител к бледной т р е п о н е м е (Treponema pallidum) в крови	да	перед проведением колоноилеоскопии
7.	Исследование на в и р у с иммунодефицита человека ВИЧ (immunodeficiency virus HIV)	да	перед проведением колоноилеоскопии
8.	К о н с у л ь т а ц и я врача-онколога	да	нет

**Таблица N 17. Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования
костей и суставных хрящей**

N п/п	Жалоба/данные объективного осмотра
----------	------------------------------------

1.	Подкожное образование конечностей тела (кроме области суставов) более 1 месяца
2.	Боли в костях, преимущественно в ночное время, плохо купируемые анальгетиками более 1 месяца
3.	Боль в области крупных суставов (тазобедренном, коленном, плечевом, локтевом) более 1 месяца

Перечень исследований при подозрении на злокачественное новообразование

При наличии только жалобы из п. 1 обязательно проведение перечня исследований N 1.

Перечень исследований N 1

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Ультразвуковое исследование мягких тканей	да	соответствующей локализации
2.	Консультация врача-хирурга	да	с результатами исследований

При наличии только жалобы из п. 2 обязательно проведение перечня исследований N 2.

Перечень исследований N 2

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Рентгенография костей	да, если не назначена остеосцинтиграфия	соответствующей локализации
2.	Компьютерная денситометрия костей	да	нет
3.	Консультация врача-травматолога	да	с результатами исследований
4.	Консультация врача общей практики/ врача-терапевта/ врача-терапевта участкового	да	с результатами исследований

При одновременном наличии жалобы из п. 1 и любой из жалоб п. 2-3 либо одновременном наличии всех жалоб из п. 1-3 обязательно проведение перечня исследований N 3.

Перечень исследований N 3

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Ультразвуковое исследование мягких тканей	да	соответствующей локализации
2.	Компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (без контрастирования)	да	соответствующей локализации
3.	Остеосцинтиграфия	да, если не назначена рентгенография	нет
4.	Консультация врача общей практики/ врача-терапевта/ врача-терапевта участкового	да	с результатами исследований

При наличии только жалобы из п. 3 обязательно проведение перечня исследований N 4.

Перечень исследований N 4

N п/п	Назначение	Обязательность	Дополнительное условие
1.	Rg-графия мелких суставов, Rg-графия крупного сустава	да, если не назначена остеосцинтиграфия	соответствующей локализации
2.	Определение белков острой фазы С-реактивный белок	да	нет
3.	Определение содержания ревматоидного фактора в крови	да	нет
4.	Консультация врача-ревматолога	да	с результатами исследований

Приложение 2
к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
от 15.01.2020 г. N 16

Протокол
онкологического консилиума врачей

Протокол N _____ от "___" _____ 202_ г.

Состав онкологического консилиума:

Председатель: _____
(ФИО)

Члены комиссии: _____
(ФИО)

(ФИО)

(ФИО)

(ФИО)

Ф.И.О. пациента: _____

Адрес места жительства пациента: _____

Дата рождения пациента: "___" _____ г.

Код льготы: _____

Диагноз:
основной: _____

Дата постановки основного диагноза: "___" _____ г.

сопутствующий: _____

осложнения: _____

Представленные медицинские документы:
заключения (консультации) специалистов: _____

выписки из медицинской документации
копии лабораторных исследований
копии инструментальных исследований

РЕШЕНИЕ:

Рекомендуемая тактика обследования и лечения:

Рекомендовать диагностический метод: _____

Место проведения:

в стационаре _____

амбулаторно _____

Очередность проведения методов лечения

Рекомендовать хирургическое лечение (указать метод): _____

Место проведения:

в стационаре _____

планируемая дата госпитализации _____

Рекомендовать лучевую терапию (указать метод): _____

Место проведения:

в стационаре _____

в дневном стационаре _____
планируемая дата начала лучевой терапии _____

Рекомендовать схему лекарственной терапии (указать МНН, торговое наименование (при необходимости: непереносимость или неэффективность аналогов и дженериков), дозу, форму выпуска, кратность приема в сутки, пути введения, длительность приема лекарственного препарата):

Планируемая дата начала лекарственной терапии: число, месяц, год _____

Планируемая длительность терапии: (месяцев) _____

Место проведения:

в стационаре _____

амбулаторно _____

в дневном стационаре _____

Обоснование рекомендуемой тактики обследования и лечения _____

Особое мнение участника консилиума - _____

(Ф.И.О., специализация, квалификация)

Вариант, в случае проведения дистанционного консилиума:

Мнение участника дистанционного консилиума врачей с его слов внесено в протокол _____,

(Ф.И.О., специализация, квалификация)

находящимся рядом с пациентом.

С содержанием заключения ознакомлен: _____

(подпись пациента или его законного представителя) (нужное подчеркнуть)

Подпись председателя консилиума _____

(подпись, дата)

Подписи членов консилиума: _____

(подпись, дата)

(подпись, дата)

(подпись, дата)

(подпись, дата)

Приложение 3
к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
от 15.01.2020 г. N 16

**Перечень
медицинских организаций государственной системы здравоохранения города
Москвы, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную
помощь по профилю "онкология"**

N п/п	Наименование административного округа города Москвы	Наименование медицинской организации государственной системы здравоохранения города Москвы
Первичные онкологические кабинеты		
1.	ТиНАО	Первичный онкологический кабинет Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы "Троицкая городская больница Департамента здравоохранения Москвы" Место нахождения: 108840, г. Москва, город Троицк, Юбилейная улица, д. 5
2.		Первичный онкологический кабинет Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы "Щербинская городская больница Департамента здравоохранения Москвы" Место нахождения: 108851, г. Москва, Первомайская ул., 10
3.		Первичный онкологический кабинет Государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Городская больница г. Московский Департамента здравоохранения Москвы" Место нахождения: 142784, г. Москва, поселение "Мосрентген", поселок Завода Мосрентген, д. 32

4.		Первичный онкологический кабинет Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы "Больница "Кузнечики" Департамента здравоохранения Москвы" Место нахождения: 108824, г. Москва, поселение Рязановское, поселок Фабрики имени 1 Мая, д. 31А
Первичные онкологические отделения		
1.	СВАО	Первичное онкологическое отделение Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы "Городская поликлиника N 107 Департамента здравоохранения Москвы", филиал 4 Место нахождения: 127490, г. Москва, ул. Пестеля, д. 6а
2.		Первичное онкологическое отделение Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы "Городская поликлиника N 218 Департамента здравоохранения Москвы", филиал 1 Место нахождения: 127221, г. Москва, ул. Печорская, д. 10, корп. 2
3.	ЮЗАО	Первичное онкологическое отделение Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы "Городская поликлиника N 11 Департамента здравоохранения Москвы", филиал 4 Место нахождения: 119421,

		г. Москва, ул. Новаторов, д. 5
4.		Первичное онкологическое отделение Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы "Консультативно-диагностическая поликлиника N 121 Департамента здравоохранения Москвы", филиал 1 Место нахождения: 117042, г. Москва, Плавский пр-д, д. 3
5.		Первичное онкологическое отделение Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы "Диагностический клинический центр N 1 Департамента здравоохранения Москвы", филиал 3 Место нахождения: 117303, г. Москва, ул. Азовская, 20 корпус 1
6.		Первичное онкологическое отделение Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы "Диагностический клинический центр N 1 Департамента здравоохранения Москвы", филиал 5 Место нахождения: 117647, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 111а

7.	ЗелАО	Первичное онкологическое отделение при поликлинике Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы "Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения Москвы" Место нахождения: 124305, г. Москва, Зеленоград, корп. 225 стр. 1.
Центры амбулаторной онкологической помощи		
1.	ЦАО	Центр амбулаторной онкологической помощи Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы "Городская клиническая онкологическая больница N 1 Департамента здравоохранения Москвы" Место нахождения: 105005, г. Москва, ул. Бауманская, д. 17/1
2.	ВАО	Центр амбулаторной онкологической помощи Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы "Городская клиническая больница имени Д.Д. Плетнева Департамента здравоохранения Москвы" Место нахождения: 105264, г. Москва, ул. Верхняя Первомайская, д. 29.

3.	САО, СЗАО	<p>Центр амбулаторной онкологической помощи Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы "Московская городская онкологическая больница N 62 Департамента здравоохранения Москвы"</p> <p>Место нахождения: 125130, г. Москва, Старопетровский проезд, д. 6, с. 2</p>
4.	ЮВАО	<p>Филиал Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы "Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения Москвы"</p> <p>Центр амбулаторной онкологической помощи.</p> <p>Место нахождения: 109451, г. Москва, Первинский бульвар, д. 5, корп. 1</p>
5.	ЮАО	<p>Филиал Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы "Городская клиническая больница N 40 Департамента здравоохранения города Москвы"</p> <p>Центр амбулаторной онкологической помощи.</p> <p>Место нахождения: 115304, г. Москва, ул. Медиков, д. 7</p>
	ЗАО	<p>Онкологическое отделение N 1 - Центр амбулаторной онкологической помощи Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы Городская клиническая больница имени С.П. Боткина Департамента здравоохранения города</p>

6.

здравоохранения города
Москвы

Место нахождения: 119602,
г. Москва, Мичуринский
проезд, дом 16, корп. 1

Онкологическое отделение
№ 2 - Центр амбулаторной
онкологической помощи
Государственного
бюджетного учреждения
здравоохранения города
Москвы Городская
клиническая больница
имени С.П. Боткина
Департамента
здравоохранения города
Москвы

Место нахождения: 119634,
г. Москва, Ул. Скульптора
Мухиной, дом 14

Онкологическое отделение
№ 3 - Центр амбулаторной
онкологической помощи
Государственного
бюджетного учреждения
здравоохранения города
Москвы Городская
клиническая больница
имени С.П. Боткина
Департамента
здравоохранения города
Москвы

Место нахождения: 121309,
г. Москва, Физкультурный
проезд, дом 6

Онкологическое отделение
№ 4 - Центр амбулаторной
онкологической помощи
Государственного
бюджетного учреждения
здравоохранения города
Москвы Городская
клиническая больница
имени С.П. Боткина
Департамента
здравоохранения города
Москвы

Место нахождения: 121614,
г. Москва, улица
Крылатские Холмы, д. 51

7.	ЦАО, ВАО, ЮВАО, ЮАО, ЮЗАО, ЗелАО, САО, СЗАО, СВАО, ЗАО, ТИАО	"Офтальмологический центр" Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы Городская клиническая больница имени С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы Место нахождения: 125284, г. Москва, 2-й Боткинский проезд, дом 5, корпус 19
----	--	--

Приложение 4
к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
от 15.01.2020 г. N 16

Перечень
медицинских организаций государственной системы здравоохранения города
Москвы, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных
условиях по профилю "онкология" I порядка

N п/п	Наименование административного округа города Москвы	Наименование медицинской организации государственной системы здравоохранения города Москвы
1.	ЦАО	Г о с у д а р с т в е н н о е б ю д ж е т н о е у ч р е ж д е н и е з д р а в о о х р а н е н и я г о р о д а М о с к в ы "Г о р о д с к а я к л и н и ч е с к а я о н к о л о г и ч е с к а я б о л ь н и ц а N 1 Д е п а р т а м е н т а з д р а в о о х р а н е н и я г о р о д а М о с к в ы" М е с т о н а х о ж д е н и я: 117152, г. М о с к в а, З а г о р о д н о е ш., 18А

2.	ВАО	<p>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Городская клиническая больница имени Д.Д. Плетнева Департамента здравоохранения города Москвы"</p> <p>Место нахождения: 105077, г. Москва, 11-я Парковая ул., 32</p>
3.	ЮВАО	<p>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы"</p> <p>Место нахождения: 111123, г. Москва, ш. Энтузиастов, 86, стр. 6</p>
4.	ЮАО ЮЗАО СВАО ТиНАО	<p>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Городская клиническая больница N 40 Департамента здравоохранения города Москвы"</p> <p>Место нахождения: 129301, г. Москва, ул. Касаткина, 7</p>
5.	ЗАО	<p>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Городская клиническая больница имени С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы"</p> <p>Место нахождения: 125284, г. Москва, 2-й Боткинский пр-д, 5</p>

6.	ЗелАО САО СЗАО	Г о с у д а р с т в е н н о е бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Московская городская онкологическая больница N 62 Д е п а р т а м е н т а здравоохранения города Москвы" Место нахождения: 143423, Московская область, Красногорский район, п/о Степановское, поселок Истра, дом 27, строения с 1 по 26
----	----------------	---

Приложение 5
к [приказу](#) Департамента
здравоохранения города Москвы
от 15.01.2020 г. N 16

**Перечень
медицинских организаций государственной системы здравоохранения города
Москвы, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных
условиях по профилю "онкология" II порядка**

N п/п	Наименование медицинской организации государственной системы здравоохранения города Москвы	Профиль/специализация
1.	Г о с у д а р с т в е н н о е бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Городская клиническая больница имени братьев Бахрушиных Д е п а р т а м е н т а здравоохранения Москвы" Место нахождения: 107014, г. Москва, ул. Стромынка д. 7.	- Онкомамология, - О п у х о л и гепатопанкреатобилиарной зоны, - Опухоли головы и шеи, - Опухоли кожи и мягких тканей

2.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Городская клиническая больница N 24 Департамента здравоохранения Москвы" Место нахождения: 127015, г. Москва, Писцовая ул., 10	- Онкоколопроктология
3.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Городская клиническая больница N 31 Департамента здравоохранения Москвы" Место нахождения: 119415, г. Москва, ул. Лобачевского, д. 42	- Онкоколопроктология, - Онкоурология, - Абдоминальная хирургия
4.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Городская клиническая больница имени С.И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения Москвы" Место нахождения: 127206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 21	- Онкоурология
5.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Городская клиническая больница N 1 имени Н.И. Пирогова Департамента здравоохранения Москвы" Место нахождения: 119049 г. Москва, Ленинский проспект, дом 8.	- Онкоколопроктология, - Онкоурология - Опухоли гепатопанкреатобилиарной зоны, - Абдоминальная хирургия

Приложение 6
к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
от 15.01.2020 г. N 16

Схема
территориального закрепления медицинских организаций государственной

системы здравоохранения города Москвы, оказывающих медицинскую помощь по профилю "онкология"

АО	МО ПМП		МО ПСМП		Профили	
	Онкология	Абдоминальная онкология	Онкология	Онкология	Онкология	Онкология
ЦАО	ГБУЗ "ГП N 220" ДЗМ	ЦАОП ГБУЗ "ГКОБ N 1 ДЗМ"	ГБУЗ "ГКОБ N 1 ДЗМ"	ГБУЗ "МГОБ N 62 ДЗМ"	"Офтальмологический центр" ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ	МО СП I порядка
	ГБУЗ ГП N 3 ДЗМ					
	ГБУЗ ГП N 46 ДЗМ					
	ГБУЗ ГП N 5 ДЗМ					
	ГБУЗ ГП N 68 ДЗМ					
	ГБУЗ ГКБ N 1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ					
ВАО	ГБУЗ ГП N 175 ДЗМ	ЦАОП ГБУЗ "ГКБ им. Д.Д. Плетнева ДЗМ"	ГБУЗ "ГКБ им. Д.Д. Плетнева ДЗМ"	ГБУЗ "ГКОБ N 1 ДЗМ"	ГБУЗ "МГОБ N 62 ДЗМ"	"Офтальмологический центр" ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ
	ГБУЗ ГП N 191 ДЗМ					
	ГБУЗ ГП N 64 ДЗМ					
	ГБУЗ ГП N 66 ДЗМ					
	ГБУЗ ГП N 69 ДЗМ					
	ГБУЗ КДЦ N 2 ДЗМ					
	ГБУЗ "ГКБ им. братьев Бахрушиных ДЗМ"					
	ГБУЗ "ГКБ им. Е.О. Мухина ДЗМ"					
	ГБУЗ ГП N 109 ДЗМ	Филиал ГБУЗ "МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ" ЦАОП	ГБУЗ "МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ"	ГБУЗ "МГОБ N 62 ДЗМ"	"Офтальмологический центр" ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ	
	ГБУЗ ГП N 19 ДЗМ					
	ГБУЗ ГП N 23 ДЗМ					

ЮВАО	ГБУЗ ГП N 36 ДЗМ					
	ГБУЗ ГП N 9 ДЗМ					
	ГБУЗ ДЦ N 3 ДЗМ					
	ГБУЗ "ГКБ N 13 ДЗМ"					
	ГБУЗ "ГКБ имени В.П. Демикова ДЗМ"					
ЮАО	ГБУЗ ГП N 166 ДЗМ	Филиал ГБУЗ "ГКБ N 40 ДЗМ" ЦАОП	ГБУЗ "ГКБ N 40 ДЗМ"	ГБУЗ "ГКОБ N 1 ДЗМ"	ГБУЗ "МГОб N 62 ДЗМ"	"Офтальмологический центр" ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ
	ГБУЗ ГП N 170 ДЗМ					
	ГБУЗ ГП N 2 ДЗМ					
	ГБУЗ ГП N 210 ДЗМ					
	ГБУЗ ГП N 214 ДЗМ					
	ГБУЗ ГП N 52 ДЗМ					
	ГБУЗ ГП N 67 ДЗМ					
	ГБУЗ "ГКБ N 4 ДЗМ"					
	ГБУЗ "ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ"					
ЮЗАО	ГБУЗ "КДП N 121 ДЗМ" + филиалы 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	ПОО ГБУЗ "КДП N 121 ДЗМ" филиал 1	ГБУЗ "ГКБ N 40 ДЗМ"	ГБУЗ "ГКОБ N 1 ДЗМ"	ГБУЗ "МГОб N 62 ДЗМ"	"Офтальмологический центр" ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ
	ГБУЗ "ГП N 11 ДЗМ" + филиал 1, 2, 3, 4	ПОО ГБУЗ "ГП N 11 ДЗМ" филиал 4				
	ГБУЗ "ГП N 22 ДЗМ" филиал 5					
	ГБУЗ "ГП N 134 ДЗМ" + филиал 1, 2, 3, 4	ПОО ГБУЗ "ДКЦ N 1 ДЗМ" филиал 5				
	ГБУЗ "ДКЦ N 1 ДЗМ" филиал 2, 4, 5					
	ГБУЗ "ГП N 22 ДЗМ" филиал 1, 2, 3, 4	ПОО ГБУЗ "ДКЦ N 1 ДЗМ" филиал 3				

	ГБУЗ "ДКЦ N 1 ДЗМ" филиал 1, 3					
ЗелАО	ГБУЗ "ГП N 201 ДЗМ"	ПОО при поликлинике ГБУЗ "ГКБ им. М.П. Кончаловско го ДЗМ"	ГБУЗ "МГОБ N 62 ДЗМ"	"Офтальмологиче ский центр" ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ		
	ГБУЗ "ГКБ им. М.П. Кончаловско го ДЗМ"					
САО	ГБУЗ "ГП N 45 ДЗМ"	ЦАОП ГБУЗ "МГОБ N 62 ДЗМ"	ГБУЗ "МГОБ N 62 ДЗМ"	"Офтальмологиче ский центр" ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ		
	ГБУЗ "ГП N 6 ДЗМ"					
	ГБУЗ "ГП N 62 ДЗМ"					
	ГБУЗ "КДЦ N 6 ДЗМ"					
	ГБУЗ "ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ"					
СЗАО	ГБУЗ "ГП N 115 ДЗМ"	ГБУЗ "МГОБ N 62 ДЗМ"				
	ГБУЗ "ГП N 180 ДЗМ"					
	ГБУЗ "ГП N 219 ДЗМ"					
СВАО	ГБУЗ "ГП N 107 ДЗМ" головное, + филиал 2, 4	ПОО ГБУЗ "ГП N 107 ДЗМ" филиал 4	ГБУЗ "ГКБ N 40 ДЗМ"	ГБУЗ "ГКОБ N 1 ДЗМ"	ГБУЗ "МГОБ N 62 ДЗМ"	"Офтальмол огический центр" ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткин а ДЗМ
	ГБУЗ "ГП N 12 ДЗМ" филиал 4, 5					
	ГБУЗ "ДЦ N 5 ДЗМ" филиал 3, 4					
	ГБУЗ "ДЦ N 5 ДЗМ" филиал 1, 2, 5, 6	ПОО ГБУЗ "ГП N 218 ДЗМ" филиал 1	ГБУЗ "ГКБ N 40 ДЗМ"	ГБУЗ "ГКОБ N 1 ДЗМ"	ГБУЗ "МГОБ N 62 ДЗМ"	"Офтальмол огический центр" ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткин а ДЗМ
	ГБУЗ "ГП N 218 ДЗМ" филиал 1, 2, 3, 4, 5					
	ГБУЗ "ГП N 107 ДЗМ" филиал 1, 3					
	ГБУЗ "ГП N 12 ДЗМ" филиал 1, 2, 3					
ГБУЗ "ЩГБ ДЗМ"	ПОК ГБУЗ "Щербинска я Городская больница ДЗМ"	ГБУЗ "ГКБ N 40 ДЗМ"	ГБУЗ "ГКОБ N 1 ДЗМ"	ГБУЗ "МГОБ N 62 ДЗМ"	"Офтальмол огический центр" ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткин	

ТиНАО *	ГБУЗ "Больница "Кузнечики" ДЗМ"	ПОК ГБУЗ "Больница "Кузнечики" ДЗМ"	ГБУЗ "ГКБ N 40 ДЗМ"			а ДЗМ
	ГБУЗ "Вороновская больница ДЗМ"	ПОК ГБУЗ "Троицкая Городская больница ДЗМ"	ГБУЗ "ГКБ N 40 ДЗМ"			
	ГБУЗ "ТГБ ДЗМ"					
	ГБУЗ "Городская больница г. Московский ДЗМ"	ПОК ГБУЗ "Городская больница города Московский ДЗМ"	ГБУЗ "ГКБ N 40 ДЗМ"			
ЗАО	ГБУЗ "ГП N 8 ДЗМ", вкл. филиал 1, 2, 3	Онкологическое отделение N 1 ЦАОП "ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ"	ГБУЗ "ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ"	ГБУЗ "ГКОБ N 1 ДЗМ"	ГБУЗ "МГОб N 62 ДЗМ"	"Офтальмологический центр" ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ
	ГБУЗ "ГП N 209 ДЗМ" + филиал 140, 3					
	Поликлиника МНОЦ МГУ *					
	ГБУЗ "ГП N 212 ДЗМ" головное, + филиал 70, 194, 197, 217, 5	Онкологическое отделение N 2 ЦАОП "ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ"				
	ГБУЗ "КДЦ N 4 ДЗМ" филиал 1, 2, 3, 4, 5		Онкологическое отделение N 3 ЦАОП "ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ"			
	ГБУЗ "ГП N 195 ДЗМ" филиал N 5	Онкологическое отделение N 4 ЦАОП "ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ"				
	ГБУЗ "ГП N 195 ДЗМ" + филиал 1, 2, 3, 4					
	ГБУЗ "ГП N 209 ДЗМ" филиал N 40					
	ГБУЗ "КД N 4 ДЗМ" филиал N 4, 5					

Поликлиника ГБУЗ "ГКБ им. М.Е. Жадке вичи ДЗМ"					
--	--	--	--	--	--

*
- по согласованию.