



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ
г. Челябинск

от «01» 09 2015 г.

№ 1313

О проведении онкологического скрининга анкетным методом населения муниципальных образований Челябинской области

С целью улучшения организации онкологической помощи населению Челябинской области, раннего выявления и снижения смертности от злокачественных новообразований

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемые:

Алгоритм проведения анкетного онкологического скрининга населения муниципальных образований Челябинской области (далее именуется – Алгоритм);

Формы анкет автоматизированного онкологического скрининга для опроса мужчин и женщин, проживающих в муниципальных образованиях Челябинской области (далее именуются – формы Анкеты);

Форму отчета о проведении онкоскрининга населения муниципального образования Челябинской области (далее именуется – форма Отчета);

2. Руководителям органов управления здравоохранением и медицинских организаций муниципальных образований Челябинской области рекомендовать:

1) организовать проведение ежегодного анкетирования пациентов старше 30 лет медицинскими работниками в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в соответствии с формой Анкеты и Алгоритмом, утвержденными пунктом 1 настоящего приказа;

2) назначить ответственное лицо за организацию анкетного онкоскрининга и сбор отчетных данных в органе управления здравоохранением и медицинской организации муниципального образования Челябинской области с последующим представлением в организационно-методический отдел Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной клинический онкологический диспансер» на бумажных носителях

данных о подтвержденных случаях выявления злокачественных новообразований в ходе дообследования, рекомендованного по итогам анкетирования, в соответствии с Алгоритмом, утвержденным пунктом 1 настоящего приказа;

3) представить главному врачу Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной клинический онкологический диспансер», главному внештатному специалисту онкологу Министерства здравоохранения Челябинской области Важенину А.В. копию приказа о назначении ответственных лиц в течение 15 рабочих дней со дня подписания настоящего приказа;

4) организовать в медицинских организациях Челябинской области и провести обследование населения, вошедшего по итогам онкоскрининга в группу риска по возникновению онкологических заболеваний, согласно рекомендациям, полученным после обработки анкет и в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области № 504 от 08.05.2009 г. «О маршрутизации пациентов Челябинской области с подозрением на онкологическое заболевание и в случае выявления злокачественного новообразования в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения Челябинской области», в течение 1 месяца с момента получения рекомендаций; а также лиц, вошедших по итогам опроса в группу риска по возникновению неонкологических заболеваний, согласно выданным рекомендациям;

5) обеспечить широкое информирование жителей муниципального образования о проводимом обследовании.

3. Главным врачам Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница № 2» Михайловой С.А., Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница № 3» Маханькову О.В., Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница № 4» Уфимцеву С.С. обеспечить выполнение мероприятий, указанных в пункте 2 настоящего приказа.

4. Начальникам Федерального государственного учреждения здравоохранения Центральная медико-санитарная часть № 71 Федерального медико-биологического агентства Фомину Е.П., Федерального государственного учреждения здравоохранения «Центральная медико-санитарная часть № 15» Федерального медико-биологического агентства Соколов Д.В., Федерального государственного учреждения здравоохранения Медико-санитарная часть № 72 Федерального медико-биологического агентства Безродному Г.К., Федерального государственного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть № 162 Федерального медико-биологического агентства» Мингалеву А.А. рекомендовать выполнение мероприятий, указанных в пункте 2 настоящего приказа.

5. Руководителям Автономной некоммерческой организации «Центральная медико-санитарная часть» г. Магнитогорска Шеметовой М.В., Некоммерческого учреждения здравоохранения «Дорожная клиническая

больница на станции Челябинск Открытого акционерного общества «Российские железные дороги» Дубачинскому Л.Я., Общества с ограниченной ответственностью медицинский центр «Лотос» Коляда Е.В. рекомендовать выполнение мероприятий, указанных в пункте 2 настоящего приказа.

6. Главному врачу государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной клинический онкологический диспансер» Важенину А.В.:

1) организовать методическую работу и контроль проведения анкетного онкологического скрининга населения муниципальных образований Челябинской области;

2) подготовить техническое задание на разработку программного обеспечения для создания электронной базы данных опрошенных лиц, аналитической обработки анкет, формирования групп риска и получения индивидуальных рекомендаций по дополнительному обследованию лиц из групп риска в срок до 15.09.2015 г.;

3) организовать проведение семинара для руководителей медицинских организаций Челябинской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, по методике проведения анкетного онкоскрининга в срок до 30.09.2015 г., далее ежегодно;

4) предоставлять отчет и аналитическую записку об итогах проведения онкоскрининга 1 раз в 6 месяцев заместителю Министра здравоохранения Челябинской области Сахаровой В.В. в срок до 25 июля (полугодовой отчет) и до 25 января года, следующего за отчетным – годовой отчет, на бумажном и электронном носителе в соответствии с Formой отчета, утвержденной пунктом 1 настоящего приказа.

7. Начальнику отдела информационных технологий Министерства здравоохранения Челябинской области Легостаеву Г.В. разработать на основе технического задания, подготовленного Государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Челябинский областной клинический онкологический диспансер», программное обеспечение «Анкетный онкоскрининг» для формирования, обработки и анализа электронной базы данных на лиц, прошедших анкетирование в рамках положений настоящего приказа, в срок до 15.09.2015 г.

8. Главному врачу Государственного учреждения здравоохранения «Челябинский областной центр медицинской профилактики» Грищенковой Т.Г. совместно с главным врачом Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной клинический онкологический диспансер» Важениным А.В. разработать и обеспечить медицинские учреждения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь методическими материалами (памятками) по раннему выявлению злокачественных новообразований и маршrutизации.

9. Директору Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной медицинский информационно-аналитический центр» Бавыкину М.В. разместить настоящий приказ на

официальном сайте Министерства здравоохранения Челябинской области в сети интернет.

10. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Челябинской области Сахарову В.В.

Министр здравоохранения
Челябинской области

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'S.L. Kremlev', written in a cursive style.

С.Л. Кремлев

УТВЕРЖДЕН
приказом Минздрава
Челябинской области
от «01» 09 2015 г. № 1313

Алгоритм проведения анкетного онкологического скрининга
населения муниципальных образований Челябинской области

№ п/п	Мероприятие	Частота	Исполнитель
1.	Определение списочного состава средних медицинских работников участковых приемов и приемов узких специалистов амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения, проводящих опрос (анкетирование)	1 раз в год	Руководители органов управления здравоохранением и медицинских организаций Челябинской области
2.	Проведение методического семинара с руководителями медицинских организаций Челябинской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, по проведению программы анкетного онкоскрининга	1 раз в год	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинский областной клинический онкологический диспансер»
3.	Организация автоматизированных рабочих мест для специалистов кабинетов профилактики и установка программного обеспечения «Анкетный онкоскрининг». Тиражирование бланков анкет	постоянно в течение года	Руководители органов управления здравоохранением и медицинских организаций Челябинской области
4.	Анкетирование граждан старше 30 лет, впервые посетивших поликлинику в отчетном году, кроме лиц, состоящих на учете у онколога. Передача заполненных анкет в кабинет профилактики для ввода в базу данных	постоянно в течение года	Средние медицинские работники медицинских организаций Челябинской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь
5.	Ввод в компьютерную базу анкетных данных по онкоскринингу населения. Получение и распечатка персонализированных рекомендаций по обследованию лиц из групп риска. Передача рекомендаций вместе с анкетой медицинскому работнику, проводившему опрос	в течение 3 дней с момента опроса	Медицинские работники кабинетов профилактики медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (при отсутствии в поликлинике кабинета профилактики – иные медицинские работники)
6.	Приглашение пациентов из групп риска для дообследования к	в течение 3 дней с момента получения	Медицинский работник, проводивший опрос

	участковому врачу. Вклейка анкеты и полученных индивидуальных рекомендаций в амбулаторную карту пациента.	рекомендаций	
7.	Контроль за выполнением индивидуальных рекомендаций и за дообследованием пациентов из групп риска	в течение 1 месяца с момента получения рекомендаций	Врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи)
8.	Заполнение формы № 090/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» на пациентов с подтвердившимся онкологическим заболеванием по итогам проведения анкетного онкоскрининга	в течение 3 дней	Врачи медицинских организаций, установившие диагноз.
9.	Организация ввода данных формы № 090/у в популяционный раковый регистр Челябинской области	в течение 3 дней	Руководители медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь
10.	Направление выявленных онкологических пациентов на консультацию в специализированные онкологические учреждения здравоохранения в соответствии с приказом о маршрутизации пациентов для определения тактики лечения.	в течение 3 дней	Врачи-онкологи или при их отсутствии – врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) медицинских организаций Челябинской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь
11.	Представление ежеквартальных, полугодового и годового отчета о ходе проведения анкетного онкоскрининга (в соответствии с Формой отчета и установленными сроками), а также заполненных форм № 090/У и списков онкологических пациентов, выявленных по итогам анкетного онкоскрининга в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинский областной клинический онкологический диспансер»	до 15 числа следующего за отчетным	Руководители органов управления здравоохранением и медицинских организаций Челябинской области
12.	Представление списков о подтвержденных случаях выявления злокачественных новообразований в ходе дообследования. рекомендованного по итогам анкетирования в Государственное	в течение 3 дней	Руководители органов управления здравоохранением и медицинских организаций Челябинской области

	бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинский областной клинический онкологический диспансер»		
13.	Представление данных об этих пациентах в популяционный раковый регистр Челябинской области в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 24.12.2010 г. № 1690/1 «О создании единого автоматизированного ракового регистра Челябинской области»	в течение 3 дней	Руководители органов управления здравоохранением и медицинских организаций Челябинской области

УТВЕРЖДЕНА
приказом Минздрава
Челябинской области
от «04» 09 2015г. № 313

Форма

Отчет*
о проведении анкетного онкоскрининга населения
_____ муниципального образования Челябинской области
за _____ (месяцы) 201 ____ года

№	Показатели	Количество	
		выполнение (абс.)	% выполнения
1	Количество пациентов старше 30 лет, посетивших поликлинику за отчетный период		не заполняется
2	Количество опрошенных лиц старше 30 лет в поликлинике за отчетный период		% от п.1 (стремится к 100%)
3	Количество анкет, переданных для обработки и внесения в компьютерную базу за отчетный период		% от п.2 (должно быть 100%)
4	Распределение опрошенных лиц по группам риска после обработки анкет, всего:		не заполняется
4.1	Группа 0 - данных за онкопатологию не выявлено		% от п.3
4.2	Группа I - лица, имеющие риск возникновения ЗНО и нуждающиеся в углубленном обследовании:		% от п.3
4.3	Группа II - лица, имеющие возможные неонкологические заболевания		% от п.3
5	Обследовано лиц, из числа рекомендованных к дообследованию на ЗНО, всего		% от п.4.2 (стремится к 100%)
6	Выявлено ЗНО от числа обследованных, всего		% от п.7
6.1	Выявлено ЗНО, I-Стадии		% от п.6
6.2	Выявлено ЗНО, II-Стадии		% от п.6
6.3	Выявлено ЗНО, IV-Стадии		% от п.6
7	Выявлено ЗНО от числа опрошенных, всего		% от п.2

Руководитель учреждения /органа управления здравоохранения _____

дата _____

м.п.

Форма

Анкета

автоматизированного онкологического скрининга для опроса мужчин,
проживающих в муниципальных образованиях Челябинской области

*при ответе на вопросы нужное обвести или подчеркнуть

Номер амбулаторной карты пациента № _____

1. Ф.И.О. (полностью, ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) _____

2. Место жительства в настоящее время _____

3. Год рождения: _19__ г.

3.1. Возраст, лет:

1) 30-34;

2) 35-39;

3) 40-44;

4) 45-49;

5) 50-54;

6) 55-59;

7) 60-64;

8) 65-69;

9) 70-74;

10) 75-79;

11) 80-84;

12) 85 и старше.

4. Проживание в прошлом или настоящем на загрязненной радионуклидами территории:

1) нет;

2) да; название населенного пункта _____ длительность _____ лет.

5. Наличие профессиональной вредности, связанной с химическими веществами:

1) нет;

2) есть;

3) была в прошлом.

6. Есть или были в Вашем роду больные злокачественными опухолями (родители, родные сестры или братья):

1) нет или не знаю;

2) да.

7. Состоите ли Вы сами на учете у онколога:

1) нет;

2) если да, то сдайте анкету не заполняя!

8. Курите (курили) ли Вы:

1) нет, никогда не курил;

2) да, меньше 10 лет;

3) больше 10 лет.

9. Сколько сигарет (папирос) в день Вы выкуриваете (выкуривали):

1) не курю;

- 2) меньше пачки;
- 3) пачку и больше.

10. У Вас находили хроническое заболевание легких:

- 1) нет или не помню;
- 2) хронический бронхит;
- 3) хроническую пневмонию;
- 4) туберкулез легких.

11. Вас беспокоит одышка при подъеме по лестнице на один-три этажа, постоянно не менее 1 мес.:

- 1) нет;
- 2) да.

12. Вас беспокоит кашель больше 1 месяца:

- 1) нет;
- 2) да, сухой;
- 3) с обильной мокротой;
- 4) бывает с примесью или прожилками крови.

13. Когда Вы в последний раз проходили флюорографию (или рентгеноскопию, рентгенографию грудной клетки):

- 1) проходил в течение последнего года;
- 2) проходил более года назад или никогда не проходил.

14. Вас беспокоит осиплость голоса:

- 1) нет;
- 2) периодически в течение последнего месяца;
- 3) более 1 месяца постоянно.

15. Вас беспокоят боли, застревание пищи, ощущение инородного тела в горле или пищеводе при глотании:

- 1) нет;
- 2) да, в течение последнего месяца периодически;
- 3) больше 1 месяца, постоянно.

16. У Вас находили полипы в желудке:

- 1) нет или не помню;
- 2) да.

17. У Вас находили язвенную болезнь желудка или 12-перстной кишки:

- 1) нет или не помню;
- 2) да.

18. Вы лечились от хронического гастрита:

- 1) нет или не помню;
- 2) да.

19. Вас беспокоят боли в эпигастрии (под ложечкой):

- 1) нет;
- 2) последний месяц;
- 3) больше 6 месяцев;
- 4) каждую весну и осень.

20. У Вас отмечается рвота после еды:

- 1) нет;
- 2) да, периодически в последний месяц;
- 3) больше 1 месяца, постоянно.

21. У Вас находили заболевание толстого кишечника:

- 1) нет или не помню;
- 2) полипы толстой кишки;
- 3) геморрой;
- 4) трещину заднего прохода.

22. Вы отмечаете неприятные ощущения или боли при дефекации в области заднего прохода, крестца, копчика или прямой кишки:

- 1) нет;
- 2) последний месяц периодически;
- 3) постоянно больше 1 месяца.

23. Отмечаете ли Вы у себя независимо от состава пищи склонность к запорам:

- 1) нет;
- 2) да, периодически в последний месяц;
- 3) постоянно больше 1 месяца.

24. У Вас бывает в кале примесь крови или черный стул или свежая кровь на бумаге после дефекации:

- 1) нет;
- 2) да, периодически последний месяц;
- 3) постоянно больше 1 месяца.

25. Вас беспокоят ложные позывы на стул:

- 1) нет;
- 2) да, периодически последний месяц;
- 3) постоянно больше 1 месяца.

26. Вас беспокоит быстро наступающая слабость, утомляемость при обычном темпе жизни:

- 1) нет;
- 2) да, больше 1 месяца постоянно.

27. Вас беспокоит повышенная температура тела (помимо простуды):

- 1) нет;
- 2) иногда;
- 3) постоянно, больше 1 месяца.

28. Вас беспокоит повышенная потливость (помимо физической нагрузки):

- 1) нет;
- 2) да, больше 1 месяца постоянно;
- 3) да, больше 1 месяца по вечерам или в ночное время.

29. Вас беспокоит беспричинный зуд кожи на большей части тела:

- 1) нет;
- 2) да, больше 1 месяца постоянно.

30. Вы отмечаете у себя излишнюю бледность кожи:

- 1) нет;
- 2) да, более 1 мес.

31. Вы отмечаете у себя появление желтушности кожи или глаз:

- 1) нет;
- 2) да;
- 3) больше 1 месяца постоянно.

32. Вас беспокоит беспричинное отсутствие аппетита или отвращение к еде:

- 1) нет;
- 2) последний месяц периодически;
- 3) постоянно, больше 1 месяца.

33. Вас беспокоят частые обильные носовые кровотечения или подкожные кровоизлияния (синяки) без причины:

- 1) нет;
- 2) да, больше 1 месяца.

34. Вас беспокоят боли в костях независимо от погоды и физической нагрузки, более 1 мес.:

- 1) нет;
- 2) да, в костях конечностей;

- 3) в ребрах;
4) в груди;
5) в позвонках.
35. Вы похудели в последнее время, хотя не было стремления похудеть:
1) нет;
2) да, существенно;
3) не знаю.
36. Вы отмечаете появление плотных увеличенных узлов, более 1 мес.:
1) нет;
2) на шее;
3) подмышками;
4) в паху;
5) на коже и в мягких тканях;
6) в других местах.
37. У Вас есть на коже длительно существующие изменения:
1) нет изменений;
2) язвы или язвочки;
3) кровоточащие трещины.
38. Вы отмечаете у себя в последнее время изменение родинок:
1) нет;
2) увеличение в размерах или появление новых;
3) кровоточивость;
4) изменение окраски.
39. У Вас находили хронические заболевания мочеполовых органов:
1) нет;
2) хронический цистит;
3) увеличение яичка или его кисту.
40. Вас беспокоит нарушение мочеиспускания:
1) нет;
2) учащение;
3) затруднение;
4) боли при мочеиспускании.
41. Как долго Вас беспокоят нарушения мочеиспускания:
1) нет нарушений;
2) последний месяц;
3) больше 1 месяца.
42. Вы замечали в последний месяц примесь в моче:
1) нет, моча, на мой взгляд, нормальная;
2) крови;
3) «песка»;
4) «хлопьев»;
5) слизи.
43. Когда Вы последний раз проходили осмотр в смотровом кабинете:
1) проходил в течение последнего года;
2) проходил более года назад или никогда не проходил.
44. Когда Вы последний раз проходили осмотр у стоматолога:
1) проходил в течение последнего года;
2) проходил более года назад или никогда не проходил.
45. Вы испытываете необходимость мочиться ночью:
1) нет;
2) последний месяц периодически;
3) постоянно больше 1 месяца.

46. Вас беспокоят бородавчатые разрастания на половом члене:

- 1) нет;
- 2) да, имеются.

47. Имеется ли у Вас мокнущая язвочка на половом члене:

- 1) нет;
- 2) да, последний месяц;
- 3) да, более 1 месяца.

Анкету заполнил: _____
(Ф.И.О., подпись медицинского работника)

Дата заполнения « ____ » _____ 201 г.

Анкету обработал: _____
(Ф.И.О., подпись оператора)

* Итоги обработки анкеты:

* Заполняет оператор после ввода и получения результатов. Группа риска дублируется на первой странице. Детальные рекомендации прилагаются к анкете ниже.

Группа риска:

0) Группа 0 - данных за онкопатологию не выявлено;

1) Группа I - лица, имеющие риск возникновения ЗНО и нуждающиеся в углубленном обследовании;

2) Группа II - лица, имеющие возможные неонкологические заболевания.

Дополнительное обследование: 1) требуется; 2) не требуется.

Рекомендации* по дополнительному обследованию:

Анкета

автоматизированного онкологического скрининга для опроса женщин,
проживающих в муниципальных образованиях Челябинской области

*при ответе на вопросы нужно обвести или подчеркнуть

Номер амбулаторной карты пациента № _____

1. Ф.И.О. (полностью, ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) _____

2. Место жительства в настоящее время _____

3. Год рождения: _19__ г.

3.1. Возраст, лет:

1) 30-34;

2) 35-39;

3) 40-44;

4) 45-49;

5) 50-54;

6) 55-59;

7) 60-64;

8) 65-69;

9) 70-74;

10) 75-79;

11) 80-84;

12) 85 и старше.

4. Проживание в прошлом или настоящем на загрязненной радионуклидами территории:

1) нет;

2) да; название населенного пункта _____ длительность _____ лет.

5. Наличие профессиональной вредности, связанной с химическими веществами:

1) нет;

2) есть;

3) была в прошлом.

6. Есть или были в Вашем роду больные злокачественными опухолями (родители, родные сестры или братья):

1) нет или не знаю;

2) да.

7. Состоите ли Вы сами на учете у онколога:

1) нет;

2) если да, то сдайте анкету не заполняя!

8. Курите (курили) ли Вы:

1) нет, никогда не курил;

2) да, меньше 10 лет;

3) больше 10 лет.

9. Сколько сигарет (папирос) в день Вы выкуриваете (выкуривали):

1) не курю;

2) меньше пачки;

3) пачку и больше.

10. У Вас находили хроническое заболевание легких:

- 1) нет или не помню;
- 2) хронический бронхит;
- 3) хроническую пневмонию;
- 4) туберкулез легких.

11. Вас беспокоит одышка при подъеме по лестнице на один-три этажа, постоянно не менее 1 мес.:

- 1) нет;
- 2) да.

12. Вас беспокоит кашель больше 1 месяца:

- 1) нет;
- 2) да, сухой;
- 3) с обильной мокротой;
- 4) бывает с примесью или прожилками крови.

13. Когда Вы в последний раз проходили флюорографию (или рентгеноскопию, рентгенографию грудной клетки):

- 1) проходила в течение последнего года;
- 2) проходила более года назад или никогда не проходила.

14. Вас беспокоит осиплость голоса:

- 1) нет;
- 2) периодически в течение последнего месяца;
- 3) более 1 месяца постоянно.

15. Вас беспокоят боли, застревание пищи, ощущение инородного тела в горле или пищеводе при глотании:

- 1) нет;
- 2) да, в течение последнего месяца периодически;
- 3) больше 1 месяца, постоянно.

16. У Вас находили полипы в желудке:

- 1) нет или не помню;
- 2) да.

17. У Вас находили язвенную болезнь желудка или 12-перстной кишки:

- 1) нет или не помню;
- 2) да.

18. Вы лечились от хронического гастрита:

- 1) нет или не помню;
- 2) да.

19. Вас беспокоят боли в эпигастрии (под ложечкой):

- 1) нет;
- 2) последний месяц;
- 3) больше 6 месяцев;
- 4) каждую весну и осень.

20. У Вас отмечается рвота после еды:

- 1) нет;
- 2) да, периодически в последний месяц;
- 3) больше 1 месяца постоянно.

21. У Вас находили заболевание толстого кишечника:

- 1) нет или не помню;
- 2) полипы толстой кишки;
- 3) геморрой;
- 4) трещину заднего прохода.

22. Вы отмечаете неприятные ощущения или боли при дефекации в области заднего прохода, крестца, копчика или прямой кишки:

- 1) нет;
- 2) последний месяц периодически;
- 3) постоянно больше 1 месяца.

23. Отмечаете ли Вы у себя независимо от состава пищи склонность к запорам:

- 1) нет;
- 2) да, периодически в последний месяц;
- 3) постоянно больше 1 месяца.

24. У Вас бывает в кале примесь крови или черный стул или свежая кровь на бумаге после дефекации:

- 1) нет;
- 2) да, периодически последний месяц;
- 3) постоянно больше 1 месяца.

25. Вас беспокоят ложные позывы на стул:

- 1) нет;
- 2) да, периодически последний месяц;
- 3) постоянно больше 1 месяца.

26. Вас беспокоит быстро наступающая слабость, утомляемость при обычном темпе жизни:

- 1) нет;
- 2) да, больше 1 месяца постоянно.

27. Вас беспокоит повышенная температура тела (помимо простуды):

- 1) нет;
- 2) иногда;
- 3) постоянно, больше 1 месяца.

28. Вас беспокоит повышенная потливость (помимо физической нагрузки):

- 1) нет;
- 2) да, больше 1 месяца постоянно;
- 3) да, больше 1 месяца по вечерам или в ночное время.

29. Вас беспокоит беспричинный зуд кожи на большей части тела:

- 1) нет;
- 2) да, больше 1 месяца постоянно.

30. Вы отмечаете у себя излишнюю бледность кожи:

- 1) нет;
- 2) да, более 1 мес.

31. Вы отмечаете у себя появление желтушности кожи или глаз:

- 1) нет;
- 2) да;
- 3) больше 1 месяца постоянно.

32. Вас беспокоит беспричинное отсутствие аппетита или отвращение к еде:

- 1) нет;
- 2) последний месяц периодически;
- 3) постоянно, больше 1 месяца.

33. Вас беспокоят частые обильные носовые кровотечения или подкожные кровоизлияния (синяки) без причины:

- 1) нет;
- 2) да, больше 1 месяца.

34. Вас беспокоят боли в костях независимо от погоды и физической нагрузки, более 1 мес.:

- 1) нет;

- 2) да, в костях конечностей;
 - 3) в ребрах;
 - 4) в груди;
 - 5) в позвонках.
35. Вы похудели в последнее время, хотя не было стремления похудеть:
- 1) нет или не знаю;
 - 2) да, существенно.
36. Вы отмечаете появление плотных увеличенных узлов, более 1 мес.:
- 1) нет;
 - 2) на шее;
 - 3) подмышками;
 - 4) в паху;
 - 5) на коже и в мягких тканях;
 - 6) в других местах.
37. У Вас есть на коже длительно существующие изменения:
- 1) нет изменений;
 - 2) язвы или язвочки;
 - 3) кровоточащие трещины.
38. Вы отмечаете у себя в последнее время изменение родинок:
- 1) нет;
 - 2) увеличение в размерах или появление новых;
 - 3) кровоточивость;
 - 4) изменение окраски.
39. У Вас находили хронические заболевания мочеполовых органов:
- 1) нет;
 - 2) хронический цистит;
 - 3) увеличение яичника или его кисту.
40. Вас беспокоит нарушение мочеиспускания:
- 1) нет;
 - 2) учащение;
 - 3) затруднение;
 - 4) боли при мочеиспускании.
41. Как долго Вас беспокоят нарушения мочеиспускания:
- 1) нет нарушений;
 - 2) последний месяц;
 - 3) больше 1 месяца.
42. Вы замечали в последний месяц примесь в моче:
- 1) нет, моча, на мой взгляд, нормальная;
 - 2) крови;
 - 3) «песка»;
 - 4) «хлопьев»;
 - 5) слизи.
43. Когда Вы последний раз проходили осмотр в смотровом кабинете:
- 1) проходила в течение последнего года;
 - 2) проходила более года назад или никогда не проходила.
44. Когда Вы последний раз проходили осмотр у стоматолога:
- 1) проходила в течение последнего года;
 - 2) проходила более года назад или никогда не проходила.
45. Замечали ли Вы изменения в молочных железах:
- 1) нет;
 - 2) кровянистых выделений из соска;
 - 3) уплощение или втяжение соска;

4) уплощение или втяжение кожи молочной железы;

5) появление узлов, уплотнений.

46. Вас беспокоят не связанные с месячными сукровичные или кровянистые выделения из половых путей:

1) нет;

2) да, последний месяц или более.

47. У Вас бывают кровянистые выделения из половых путей после половых сношений, гинекологических осмотров или при запорах:

1) нет;

2) последний месяц или более.

48. У Вас находили эрозию шейки матки при последнем гинекологическом осмотре:

1) нет;

2) да.

49. Проводите ли Вы самообследование молочных желез:

1) регулярно, каждые 1-3 месяца;

2) очень редко;

3) нет.

Анкету заполнил: _____

(Ф.И.О., подпись медицинского работника)

Дата заполнения « _____ » _____ 201 г.

Анкету обработал: _____

(Ф.И.О., подпись оператора)

* Итоги обработки анкеты:

* Заполняет оператор после ввода и получения результатов. Группа риска дублируется на первой странице. Детальные рекомендации прилагаются к анкете ниже.

Группа риска:

0) Группа 0 - данных за онкопатологию не выявлено;

1) Группа I - лица, имеющие риск возникновения ЗНО и нуждающиеся в углубленном обследовании;

2) Группа II - лица, имеющие возможные неонкологические заболевания.

Дополнительное обследование: 1) требуется; 2) не требуется.

РЕКОМЕНДАЦИИ* по дополнительному обследованию: