

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

от 20 октября 2020 г.

№ 1209

О проведении СКТ исследования органов грудной клетки амбулаторным пациентам с подозрением на коронавирусную инфекцию

С целью своевременного оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить схему маршрутизации на СКТ исследования органов грудной клетки амбулаторным пациентам с подозрением на коронавирусную инфекцию (Приложение № 1).
2. Руководителям медицинских организаций обеспечить направление амбулаторных пациентов с подозрением на коронавирусную инфекцию на проведение СКТ органов грудной клетки, согласно утвержденной схемы маршрутизации. (Бланк направления на СКТ-исследование, приложение № 2).
3. Руководителям медицинских организаций, имеющих СКТ аппарат, организовать:
 - обследование амбулаторных пациентов с подозрением на коронавирусную инфекцию в круглосуточном режиме по предварительной записи;
 - направление на обучение врачей – рентгенологов, рентгенлаборантов в отделение лучевой диагностики ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница».
4. Рекомендовать руководителю ФГБУЗ «Клиническая больница № 8 ФМБА» г. Обнинск выполнение СКТ исследования органов грудной клетки пациентам с подозрением на коронавирусную инфекцию согласно схемы маршрутизации.
5. Главному внештатному специалисту по лучевой и инструментальной диагностике Павловой Татьяне Владимировне обеспечить обучение врачей - рентгенологов и рентгенлаборантов по обследованию пациентов с подозрением на COVID -19 (Тел. 72-58-71).
6. Признать утратившими силу пункт 2 и пункт 3 приказа министерства здравоохранения Калужской области от 13 октября 2020 № 1181 «О проведении исследования СКТ органов грудной клетки в период распространения новой коронавирусной инфекции».
7. Настоящий приказ вступает в силу со дня его подписания.

Министр

А.Ю. Цкаев



Маршрутизация пациентов на СКТ-исследования

Наименование медицинской организации	
1. ГБУЗ КО «Калужская областная детская клиническая больница» (далее - ГБУЗ КО «КОКДБ»)	
	ГБУЗ КО «ЦМБ № 4»
	ГБУЗ КО «Детская городская больница»
	ГКУЗ КО «Дом ребенка специализированный для детей с органическим поражением центральной нервной системы с нарушением психики»
	ГБУЗКО «Калужская областная клиническая больница»
	ГБУЗ КО «Калужский городской родильный дом»
2. ГБУЗ КО «Городская клиническая больница № 2 «Сосновая роща»	
	ГБУЗ КО «Калужская городская больница № 5»
3. ГБУЗ КО «Областная туберкулезная больница» (далее – ГБУЗ КО «ОТБ»)	
	ГБУЗ КО «ЦМБ № 5»
4. ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница скорой медицинской помощи» им. К.Н. Шевченко	
	ГБУЗ КО «ЦРБ Бабынинского района»
	ГБУЗ КО «ЦРБ Тарусского района»
	ГБУЗ КО «ЦМБ № 3»
	ГБУЗ КО «ЦМБ № 6»
ГБУЗ КО «Калужская городская клиническая больница № 4 им. А.С. Хлюстина»	
	ГБУЗ КО «Калужская городская клиническая больница № 4 им. А.С. Хлюстина»
	ГБУЗ КО «Калужский областной клинический кожно–венерологический диспансер»
	ГБУЗ КО «Калужская областная психиатрическая больница им. А.Е. Лифшица»
	ГБУЗ КО «Наркологический диспансер Калужской области»
	УЗ «МСЧ № 1»
	УЗ «МСЧ № 2»
	ЧУЗ «РЖД – Медицина»
	ГБУЗ КО «Городская поликлиника»
5. ГБУЗКО «ЦМБ № 1»	
	ГБУЗ КО «ЦМБ № 2»
	ГБУЗ КО «ЦМБ № 1»
	ГБУЗ КО «ЦРБ Хвастовичского района»
6. ГБУЗКО «ЦРБ Малоярославецкого района»	
	ГБУЗ КО «ЦРБ Малоярославецкого района»
	ГБУЗ КО «ЦРБ Боровского района»
7. ФГБУЗ «Клиническая больница № 8 ФМБА» г. Обнинск	
	ФГБУЗ Клиническая больница № 8 ФМБА г. Обнинск
	ГБУЗ КО «ЦРБ Жуковского района»
	ГБУЗ КО «Городская поликлиника ГП г. Кременки»

Направление на спиральную компьютерную томографию

Наименование, адрес и контактные телефоны МО _____

Ф.И.О. пациента (полностью): _____

Дата рождения _____ Вес пациента: _____

Наименование лечебного учреждения, направившего пациента: (для амбулаторных больных) _____

Место жительства _____

Диагноз при направлении на СКТ (по МКБ-10) _____

Дифференциальная диагностика (указать менее вероятные диагнозы): _____

Задача СКТ исследования: _____

Исследуемый орган или уровень (скелетотопически): _____

Клинические данные (обязательно: предполагаемые давность и динамика патологического процесса): _____

Рентгенография: _____

Предшествующие СКТ и МРТ- исследования (если имеются, передаются в СКТ кабинет вместе с направлением) _____

Предшествующие операции и при возможности данные гистологического исследования: _____

Прочие исследования (глазное дно, ультразвуковые, радиоизотопные, ЭЭГ и пр.) для амбулаторных больных: _____

Противопоказания для СКТ-исследования (отметить «есть» или «нет» по каждому пункту):

1. беременность _____

2. неадекватное поведение пациента _____

3. выраженные формы клаустрофобии _____

4. наличие гипсовой повязки или металлической конструкции в области исследования _____

5. масса тела пациента более 140 кг. (в случае превышения указанной массы тела проведение данного исследования в каждом конкретном случае согласовывать с главным внештатным специалистом-экспертом по лучевой диагностике министерства здравоохранения Калужской области).

Лечащий врач Фамилия И.О. _____ **Подпись** _____

Председатель ВК - Фамилия И.О. _____ **Подпись** _____

Телефон _____

Дата направления на СКТ _____

Решение о СКТ исследовании: _____

Ответственный за СКТ исследование _____ **Подпись** _____

Результаты СКТ-исследования оформляются протоколом с заключением в день исследования либо в течение 24 часов. СКТ-томограммы прилагаются (на пленке или электронном носителе).

Пациенту при себе необходимо иметь: Направление установленного образца, страховой медицинский полис, паспорт, простынь, сменную обувь.