



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

23 июля 2025 г.

№ 1845-МД

Иркутск

Об утверждении алгоритма направления пациентов в консультативно-диагностическую поликлинику государственного бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области ордена «Знак Почета» областной клинической больницы

В целях упорядочения работы по организации направления пациентов в консультативно-диагностическую поликлинику государственного бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области ордена «Знак Почета» областной клинической больницы, руководствуясь статьей 21 Устава Иркутской области, статьей 13 Закона Иркутской области от 12 января 2010 года № 1-оз «О правовых актах Иркутской области и правотворческой деятельности в Иркутской области», Положением о министерстве здравоохранения Иркутской области, утвержденным постановлением Правительства Иркутской области от 16 июля 2010 года № 174-пп, указом Губернатора Иркутской области от 27 января 2023 года № 9-угк «О назначении на должность Шелехова А.В.»:

1. Утвердить алгоритм направления пациентов в консультативно-диагностическую поликлинику государственного бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области ордена «Знак Почета» областной клинической больницы (далее - Алгоритм) (прилагается).

2. Руководителям медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Иркутской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, обеспечить направление пациентов, нуждающихся в оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановом порядке в консультативно-диагностической поликлинике государственного бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области ордена «Знак Почета» областной клинической больницы, в соответствии с Алгоритмом, утвержденным приложением к настоящему распоряжению.

3. Контроль исполнения настоящего распоряжения возложить на заместителя министра здравоохранения Иркутской области Селедцова А.А.

Исполняющий обязанности
министра здравоохранения
Иркутской области

А.В. Шелехов

Приложение
к распоряжению
министерства здравоохранения
Иркутской области
от 22.10.2023 года № 1845-МР

**АЛГОРИТМ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В КОНСУЛЬТАТИВНО-
ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ ГОСУДАРСТВЕННОГО
БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ИРКУТСКОЙ ОРДЕНА «ЗНАК ПОЧЕТА» ОБЛАСТНОЙ
КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ
(ДАЛЕЕ - АЛГОРИТМ)**

1. Первичная специализированная медико-санитарная помощь (далее - медицинская помощь) в консультативно-диагностической поликлинике государственного бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области «Знак Почета» областной клинической больницы (далее - Консультативно-диагностическая поликлиника) оказывается в плановом порядке по направлению медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Иркутской области (далее - медицинская организация).

2. Медицинским показанием для оказания медицинской помощи в Консультативно-диагностической поликлинике является наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующего оказания медицинской помощи в плановой форме, при условии:

1) необходимости проведения консультаций врачей-специалистов и/или применения методов диагностики, не выполняемых в медицинских организациях;

2) необходимости динамического наблюдения пациента у врача-специалиста Консультативно-диагностической поликлиники.

3. Медицинская организация:

1) проводит обязательное предварительное обследование пациента в соответствии с чек-листом (перечнем диагностических исследований и осмотров) для направления на консультацию к врачу-специалисту консультативно-диагностической поликлиники (далее - чек-лист) согласно Приложению к настоящему Алгоритму. В случае невыполнения медицинской услуги, предусмотренной чек-листом, медицинская организация направляет пояснительную записку об объективных причинах невыполнения, заверенную должностным лицом медицинской организации (не ниже заместителя главного врача);

2) оформляет направление в Единой цифровой платформе;

3) осуществляет предварительную запись пациента на консультативный прием врача-специалиста Консультативно-диагностической поликлиники в Единой цифровой платформе;

4) выдает пациенту направление и маршрутный лист на консультацию к врачу-специалисту Консультативно-диагностической поликлиники (с указанием даты, времени и номера кабинета приема врача-специалиста), чек-лист и результаты проведенного предварительного обследования.

4. Медицинская организация информирует пациента о том, что при обращении в Консультативно-диагностическую поликлинику необходимо предъявить следующие документы:

- 1) документ, удостоверяющий личность гражданина;
- 2) полис обязательного медицинского страхования;
- 3) СНИЛС;
- 4) документ, подтверждающий наличие у гражданина льгот (при наличии);
- 5) направление на консультацию в Консультативно-диагностическую поликлинику;
- 6) чек-лист с отметками о выполнении исследований;
- 7) результаты проведенных исследований согласно чек-листу.

5. В случае необходимости проведения дополнительных диагностических исследований пациента в амбулаторных условиях и повторного приема врач-специалист Консультативно-диагностической поликлиники выдает пациенту направления на дополнительные диагностические исследования, а также определяет дату и время повторного приема пациента.

6. В случае необходимости оказания специализированной медицинской помощи пациенту в плановом порядке в стационарных условиях в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Иркутской области «Знак Почета» областной клинической больницы врач-специалист Консультативно-диагностической поликлиники по согласованию с заведующим профильным отделением вносит данные о пациенте в «Лист ожидания» с указанием даты госпитализации.

Приложение
к Алгоритму направления
пациентов в консультативно-
диагностическую поликлинику
государственного бюджетного
учреждения здравоохранения
Иркутской ордена «Знак
Почета» областной
клинической больницы

Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
для направления на консультацию к врачу-кардиологу
консультативно-диагностической поликлиники государственного
бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской ордена «Знак Почета»
областной клинической больницы

Перечень нозологических форм:

- ишемическая болезнь сердца;
- артериальная гипертензия (только злокачественная, резистентная формы);
- перикардиты;
- миокардиты;
- кардиомиопатии.
- нарушения сердечного ритма, кроме пациентов с установленным искусственным водителем ритма;
- пороки сердца.

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Исследование уровня общего белка в крови		
3.	Исследование уровня общего билирубина в крови		
4.	Исследование уровня глюкозы в крови		
5.	Исследование уровня креатинина в крови		
6.	Исследование уровня аспартатаминотрансферазы (АСТ) в крови		
7.	Исследование уровня мочевой кислоты в крови		

8.	Исследование уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ) в крови		
9.	Исследование уровня калия, натрия в крови		
10.	Коагулограмма, определение международного нормализованного отношения (МНО) пациентам принимающим варфарин		
11.	Анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический		
12.	Исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) сыворотки крови. Исследование уровня свободного тироксина (Т4) сыворотки крови <i>(при нарушениях ритма)</i>	не более 3 месяцев	
13.	Анализ мочи общий	не более 14 дней	
14.	Регистрация электрокардиограммы (пленка)		
15.	Эхокардиография	не более 3 месяцев	
16.	Рентгенография легких /флюорография/мультиспиральная компьютерная томография грудной клетки	не более 1 месяца	
17.	Холтеровское мониторирование сердечного ритма (ХМ-ЭКГ) <i>(повторно - по показаниям)</i> . Холтеровское мониторирование артериального давления (ХМ-АД) <i>(при уточнении диагноза артериальной гипертонии)</i>		
18.	Стресс-тест: тредмил-тест или велоэргометрия, стресс-эхо-кг <i>(при отсутствии противопоказаний, при верификации диагноза ИБС, решении вопроса о проведении КАГ)</i>	не более 3 месяцев	
19.	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) <i>(обязательно пациентам с ХСН 2Б + плевральные полости)</i>		
20.	Ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий		
21.	Ультразвуковое исследование почек <i>(при артериальной гипертонии)</i>		
22.	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога <i>(при артериальной гипертонии)</i>		
23.	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога <i>(при нарушениях сердечного ритма)</i>		

**Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
для направления на консультацию к врачу-гастроэнтерологу
консультативно-диагностической поликлиники государственного
бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области
областной клинической больницы**

Перечень нозологических форм:

- заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки;
- заболевания печени, желчного пузыря, поджелудочной железы.

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годност и	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Исследование уровня общего белка в крови		
3.	Исследование уровня альбумина в крови <i>(при заболеваниях печени, желчного пузыря, поджелудочной железы)</i>		
4.	Исследование уровня общего билирубина в крови		
5.	Исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови		
6.	Исследование уровня глюкозы в крови		
7.	Исследование уровня аспартатаминотрансферазы (АСТ) в крови		
8.	Исследование уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ) в крови		
9.	Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови		
10.	Исследование уровня гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП) в крови		
11.	Определение антигена к вирусу гепатита В <i>(при заболеваниях печени, желчного пузыря, поджелудочной железы)</i>	не более 3 месяцев	
12.	Определение антител к вирусу гепатиту С <i>(при заболеваниях печени, желчного пузыря, поджелудочной железы)</i>		
13.	Исследование уровня фибриногена в крови <i>(при заболеваниях печени, желчного пузыря, поджелудочной железы)</i>	не более 14 дней	

14.	Определение протромбинового индекса в крови или в плазме <i>(при заболеваниях печени, желчного пузыря, поджелудочной железы)</i>		
15.	Регистрация электрокардиограммы, расшифровка		
16.	Флюорография легких	не более 12 месяцев	
17.	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	не более 1 месяца	
18.	Фиброгастродуоденоскопия с биопсией и диагностикой инфекции <i>Helicobacter pylori</i>		
19.	Рентгеноскопия пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки <i>(при заболеваниях пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки)</i>	не более 3 месяцев	
20.	Прием (осмотр, консультация) врача-уролога <i>(для мужчин старше 40 лет при заболеваниях печени, желчного пузыря, поджелудочной железы)</i> Прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога <i>(для женщин при заболеваниях печени, желчного пузыря, поджелудочной железы)</i>	не более 12 месяцев	

Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
для направления на консультацию к врачу-гастроэнтерологу
консультативно-диагностической поликлиники государственного
бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области
Иркутской областной клинической больницы

Перечень нозологических форм:

- заболевания толстого кишечника.

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности и	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Исследование уровня общего белка в крови		
3.	Исследование уровня общего билирубина в крови		
4.	Исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови		
5.	Исследование уровня глюкозы в крови		
6.	Анализ мочи общий		
7.	Копрологическое исследование	не более 1 месяца	
8.	Исследование кала на простейшие и яйца гельминтов	не более 14 дней	
9.	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	не более 1 месяца	
10.	Ирригоскопия/фиброколоноскопия		
11.	Фиброгастродуоденоскопия		
12.	Прием (осмотр, консультация) врача-уролога (для мужчин старше 40 лет)	не более 12 месяцев	
	Прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога (для женщин)		

Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
для направления на консультацию к врачу-нефрологу
консультативно-диагностической поликлиники государственного
бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области
Иркутской областной клинической больницы

Перечень нозологических форм:

- стойкий мочевого синдром, представленный протеинурией и гематурией;
- хронический гломерулонефрит;
- хроническая почечная недостаточность;
- кисты почек (исключая одиночные кисты размерами более 5 см, в таком случае показана консультация врача-уролога);
- поликистоз почек;
- неспецифические инфекции мочевыделительной системы (исключая мужские инфекционные процессы нижних мочевыводящих путей);
- врожденные аномалия развития мочевыделительной системы;
- клиническая трансплантация почки.

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Исследование уровня общего белка в крови		
3.	Исследование уровня альбумина в крови		
4.	Исследование уровня общего билирубина в крови		
5.	Исследование уровня глюкозы в крови		
6.	Исследование уровня креатинина в крови		
7.	Исследование уровня мочевины в крови		
8.	Исследование уровня аспартатаминотрансферазы (АСТ) в крови		
9.	Исследование уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ) в крови		
10.	Исследование уровня калия в крови		
11.	Исследование уровня общего кальция в крови		
12.	Исследование уровня общего фосфора в крови		
13.	Исследование уровня мочевой кислоты в крови		
14.	Диагностика сифилиса методом реакции микропреципитации		

	(РМП)		
15.	Анализ мочи общий		
16.	Исследование на микроальбуминурию <i>(при отсутствии протеинурии)</i>		
17.	Исследование уровня паратиреоидного гормона в крови <i>(при наличии установленного диагноза хроническая болезнь почек С3, С4, С5)</i>		
18.	Посев мочи при наличии гематурии, лейкоцитурii для микробиологического исследования мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы. Определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам <i>(при подозрении на уросепсис)</i>		
19.	Иммуноферментный анализ крови на гепатиты В, С	не более	
20.	Определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ в крови	3 месяцев	
21.	Регистрация электрокардиограммы, расшифровка	не более 14 дней	
22.	Рентгенография легких или флюорография легких	не более 1 месяца	
23.	Исследование уровня простатоспецифического антигена <i>(у мужчин старше 40 лет)</i>	не более 3 месяцев	
24.	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)		
25.	Ультразвуковое исследование почек <i>(предоставить протокол)</i>		
26.	Ультразвуковое исследование мочевого пузыря <i>(предоставить протокол)</i>	не более 1 месяца	
27.	Ультразвуковое исследование простаты, мочевого пузыря, остаточного кол-ва мочи <i>(для мужчин старше 40 лет при гематурии)</i>		
28.	Обзорная урография или мультиспиральная компьютерная томография почек при наличии мочекаменной болезни	не более 3 месяцев	
29.	Прием (осмотр, консультация) врача-уролога <i>(для мужчин старше 40 лет)</i>	не более 6 месяцев	
	Прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога <i>(при наличии болей в гипогастрии женщин)</i>		
30.	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога <i>(при сахарном диабете)</i>	не более 3 месяцев	
31.	Исследование уровня суточной протеинурии, посев мочи <i>(для беременных после проведения скрининга)</i>		

**Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
для направления на консультацию к врачу-аллергологу-иммунологу
консультативно-диагностической поликлиники государственного
бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области
Иркутской областной клинической больницы**

Перечень нозологических форм:

- риниты;
- конъюнктивиты;
- бронхиальная астма;
- хроническая обструктивная болезнь легких.

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Исследование уровня общего билирубина в крови		
3.	Исследование уровня глюкозы в крови		
4.	Диагностика сифилиса методом реакции микропреципитации (РМП)		
5.	Анализ мочи общий		
6.	Цитологическое исследование смывов с верхних дыхательных путей (риноцитограмма)		
7.	Регистрация электрокардиограммы, расшифровка		
8.	Флюорография легких	не более 12 месяцев	
9.	Спирометрия и бронхотест с бронхолитиком	не более 1 месяца	

**Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
для направления на консультацию к врачу-аллергологу-иммунологу
консультативно-диагностической поликлиники государственного
бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области
Иркутской областной клинической больницы**

Перечень нозологических форм:

- крапивница;
- отек Квинке;
- кожный зуд;
- кожные проявления лекарственной, пищевой, инсектной аллергии;
- контактный дерматит;
- аутоиммунные системные заболевания;
- вторичные иммунодефициты.

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Исследование уровня общего белка в крови		
3.	Исследование уровня общего билирубина в крови		
4.	Исследование уровня глюкозы в крови		
5.	Исследование уровня креатинина в крови		
6.	Исследование уровня аспартатаминотрансферазы (АСТ) в крови		
7.	Исследование уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ) в крови		
8.	Исследование уровня С-реактивного белка в крови		
9.	Исследование уровня амилазы в крови		
10.	Диагностика сифилиса методом реакции микропреципитации (РМП)		
11.	Диагностика гельминтозов методом иммуноферментного анализа		
12.	Анализ мочи общий		

13.	Регистрация электрокардиограммы, расшифровка		
14.	Флюорография легких	не более 12 месяцев	
15.	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	не более 1 месяца	
16.	Иммуноферментный анализ крови на лямблии		
17.	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматолога		

**Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
для направления на консультацию к врачу-гематологу
консультативно-диагностической поликлиники государственного
бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области
Иркутской областной клинической больницы**

Перечень нозологических форм:

- множественная миелома.

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Исследование уровня общего белка в крови		
3.	Исследование уровня общего билирубина в крови		
4.	Исследование уровня глюкозы в крови		
5.	Исследование уровня креатинина в крови		
6.	Исследование уровня общего кальция в крови		
7.	Диагностика сифилиса методом реакции микропреципитации (РМП)		
8.	Анализ мочи общий		
9.	Регистрация электрокардиограммы, расшифровка		
10.	Рентгенография легких (<i>при повторной консультации – по показаниям</i>)	не более 1 месяца	
11.	Рентгенография черепа, позвоночника, костей таза, плечевых и бедренных костей		
12.	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)		
13.	Прием (осмотр, консультация) врача-уролога (<i>для мужчин старше 40 лет</i>)	не более 12 месяцев	
	Прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога (<i>для женщин</i>)		

**Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
для направления на консультацию к врачу-гематологу
консультативно-диагностической поликлиники государственного
бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области
Иркутской областной клинической больницы**

Перечень нозологических форм:

- гемофилии;
- тромбоцитопатии;
- болезнь Виллебранда;
- геморрагические нарушения, обусловленные приемом антикоагулянтов;
- тромбоцитопеническая пурпура;
- тромбофилия;
- носовые кровотечения.

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Исследование уровня общего белка в крови		
3.	Исследование уровня общего билирубина в крови		
4.	Исследование уровня глюкозы в крови		
5.	Исследование уровня фибриногена в крови		
6.	Определение протромбинового индекса в крови или в плазме		
7.	Определение международного нормализованного отношения		
8.	Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)		
9.	Диагностика сифилиса методом реакции микропреципитации (РМП)		
10.	Анализ мочи общий		
11.	Регистрация электрокардиограммы, расшифровка		
12.	Флюорография легких	не более	

13.	Прием (осмотр, консультация) врача-уролога <i>(для мужчин старше 40 лет)</i>	12 месяцев	
	Прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога <i>(для женщин)</i>		

**Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
для направления на консультацию к врачу-гематологу
консультативно-диагностической поликлиники государственного
бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области
Иркутской областной клинической больницы**

Перечень нозологических форм:

- острые лейкозы;
- миелодиспластический синдром;
- хронические лейкозы (хронический миелолейкоз, хронический лимфолейкоз, сублейкемический миелоз, полицитемия, эссенциальная тромбоцитемия);
- лимфома;
- агранулоцитоз;
- эозинофилия;
- вторичный эритроцитоз;
- лихорадка неясного генеза;
- увеличение лимфоузлов;
- ускорение СОЭ;
- лейкопения;
- спленомегалия;
- анемии при новообразованиях;
- лейкомоидная реакция;
- вторичный эритроцитоз;
- железодефицитная анемия, резистентная к лечению препаратами железа;
- Витамин-В12-дефицитная анемия;
- апластическая анемия;
- рефрактерная анемия;
- гемолитическая анемия.

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Исследование уровня общего белка в крови		
3.	Исследование уровня общего билирубина в крови		

4.	Исследование уровня глюкозы в крови		
5.	Исследование уровня креатинина в крови		
6.	Исследование уровня аспаратаминотрансферазы (АСТ) в крови		
7.	Исследование уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ) в крови		
8.	Исследование уровня С-реактивного белка в крови		
9.	Исследование уровня лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в крови		
10.	Диагностика сифилиса методом реакции микропреципитации (РМП)		
11.	Анализ мочи общий		
12.	Определение группы крови и резус-фактора		
13.	Регистрация электрокардиограммы, расшифровка	не более 14 дней	
14.	Рентгенография легких (при повторной консультации – по показаниям)	не более 1 месяца	
15.	Ультразвуковое исследование почек		
16.	Ультразвуковое исследование мочевого пузыря		
17.	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	не более 1 месяца	
18.	Ультразвуковое исследование лимфатических узлов		
19.	Ультразвуковое исследование матки и придатков		
20.	Прием (осмотр, консультация) врача-уролога (для мужчин старше 40 лет)	не более 12 месяцев	
	Прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога (для женщин)		
21.	Фиброгастроскопия	не менее 1 месяца	
22.	Фиброколоноскопия	не менее 1 месяца	

Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
для направления на консультацию к врачу-колопроктологу
консультативно-диагностической поликлиники государственного
бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области
областной клинической больницы

Перечень нозологических форм:

- парапроктиты;
- анальные трещины;
- геморрой;
- доброкачественные новообразования ободочной, прямой кишки, анального канала и перианальной области, в том числе перианальные кондиломы;
- эпителиальный копчиковый ход;
- ректовагинальные свищи;
- разрывы промежности и прямой кишки;
- колостомы;
- осложненные тяжелые формы воспалительных заболеваний толстой кишки;
- дивертикулярная болезнь толстой кишки.

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
медицинской организации _____

ОБЯЗАТЕЛЬНА ПОДГОТОВКА К ОСМОТРУ!

Очистительная клизма (или медикаментозная микроклизма) накануне вечером и за 1-2 часа в день приема.

Если в течение месяца уже проводилось исследование кишечника (фиброманоскопия или ректороманоскопия), подготовка не требуется.

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Исследование уровня глюкозы в крови		
3.	Диагностика сифилиса методом иммуноферментного		

	анализа (реакция ИФА суммарный)		
4.	Анализ мочи общий		
5.	Флюорография легких	12 месяцев	
6.	Ирригоскопия <i>(по показаниям)</i>	не более 30 дней	
7.	Фиброколоноскопия <i>(по показаниям)</i>		
8.	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости <i>(комплексное по показаниям)</i>		

Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
 для направления на консультацию к врачу-колопроктологу (для пациентов с
 установленным диагнозом или подозрением на неспецифический язвенный
 колит, болезнь Крона) консультативно-диагностической поликлиники
 государственного бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской
 ордена «Знак Почета» областной клинической больницы

Перечень нозологических форм:

- язвенный колит и болезнь Крона

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
 медицинской организации _____

ОБЯЗАТЕЛЬНА ПОДГОТОВКА К ОСМОТРУ!

*Очистительная клизма (или медикаментозная микроклизма) накануне
 вечером и за 1-2 часа в день приема.*

*Если в течение месяца уже проводилось исследование
 кишечника (фиброколоноскопия или ректороманоскопия), подготовка
 не требуется.*

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Исследование уровня глюкозы в крови		
3.	Исследование уровня общего билирубина в крови		
4.	Исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови		
5.	Исследование уровня аспартатаминотрансферазы (АСТ) в крови		
6.	Исследование уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ) в крови		
7.	Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови		
8.	Исследование уровня гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП) в крови		
9.	Исследование уровня креатинина в крови		

10.	Исследование уровня мочевины в крови		
11.	Исследование уровня общего белка в крови		
12.	Исследование уровня С-реактивного белка в крови		
13.	Исследование уровня фибриногена в крови		
14.	Определение протромбинового индекса в крови или в плазме		
15.	Анализ мочи общий		
16.	Регистрация электрокардиограммы, расшифровка		
17.	Копрологическое исследование	не более 1 месяца	
18.	Ирригоскопия (по показаниям)		
19.	Фиброколоноскопия с осмотром терминального отдела подвздошной кишки с результатами биопсии (по показаниям)	не более 30 дней	
20.	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное по показаниям)		
21.	Фиброгастродуоденоскопия (по показаниям)		
22.	Диагностика сифилиса методом иммуноферментного анализа (реакция ИФА суммарный)	не более 3 месяцев	
23.	Иммуноферментный анализ крови на гепатиты В, С		
24.	Определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ в крови		
25.	Микробиологическое (культуральное) исследование кала на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	12 месяцев	
26.	Флюорография легких		
27.	Мультиспиральная компьютерная томография органов брюшной полости (по показаниям)		
28.	Прием (осмотр, консультация) фтизиатра (для пациентов, получающих генно-инженерно-биологическую терапию или терапию малыми синтетическими молекулами)	12 месяцев	

Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
 для направления на консультацию к врачу-неврологу
 консультативно-диагностической поликлиники государственного
 бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области «Знак Почета»
 областной клинической больницы

Перечень нозологических форм:

- цереброваскулярная патология;
- заболевания периферической нервной системы;
- заболевания опорно-двигательного аппарата;
- болезни нервно-мышечного синапса и мышц;
- демиелинизирующие болезни (рассеянный склероз);
- воспалительные заболевания нервной системы;
- экстрапирамидные и другие двигательные нарушения;
- дегенеративные заболевания нервной системы;
- дефекты развития нервной системы;
- системные атрофии нервной системы;
- травма нервной системы и ее последствия;
- эпилепсия.

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
 медицинской организации _____

№ п/ п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Исследование уровня глюкозы в крови		
3.	Исследование уровня креатинина в крови		
4.	Исследование уровня билирубина в крови		
5.	Исследование уровня аспаратаминотрансферазы (АСТ) в крови		
6.	Исследование уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ) в крови		

7.	Анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический (липидограмма)		
8.	Исследование уровня фибриногена в крови		
9.	Коагулограмма (протромбиновый индекс в крови или в плазме, международного нормализованного отношения (МНО), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ))		
10.	Диагностика сифилиса методом реакции микропреципитации (РМП)		
11.	Анализ мочи общий		
12.	Регистрация электрокардиограммы, расшифровка		
13.	Определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ) в крови	не более 3 месяцев	
14.	Иммуноферментный анализ крови на гепатиты В, С		
15.	Фиброгастроуденоскопия, фиброколоноскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости <i>(по показаниям, при наличии неуточненной прогрессирующей полинейропатии)</i>	не более 3 месяцев	
16.	Дуплексное сканирование экстракраниальных сосудов головного мозга <i>(всем пациентам с гипертонической болезнью, неуточненной артериальной гипертензией)</i>	не более 1 года	
17.	Магнитно-резонансная томография головного мозга <i>(по показаниям, при наличии признаков очагового поражения центральной нервной системы)</i>	не более 3 месяцев	
18.	Магнитно-резонансная томография шейного, грудного или пояснично-крестцового отделов <i>(по показаниям, при наличии признаков радикулопатии, миелопатии)</i>		
19.	Мультиспиральная компьютерная томография головного мозга <i>(по показаниям, при подозрении на острое нарушение мозгового кровообращения, при наличии признаков очагового поражения центральной нервной системы)</i>	не более 3 месяцев, но не позднее развития острой симптоматики	
20.	Рентгенография шейного, грудного или пояснично-крестцового отделов <i>(при наличии болевого синдрома соответствующей локализации)</i>	не более 3 месяцев	
21.	Электронейромиография срединных, большеберцовых нервов (моторные волокна) – по показаниям (признаки полинейропатии) – по возможности	не более 6 месяцев	
22.	Флюорография легких		
23.	Прием (осмотр, консультация) врача-уролога <i>(для мужчин старше 40 лет по показаниям, при наличии неуточненных тазовых болей, тазовых нарушений, неуточненных полинейропатий, воспалительных изменений в общем анализе крови)</i>	не более 12 месяцев	
	Прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога <i>(для женщин по показаниям, при наличии неуточненных тазовых болей, тазовых нарушений, неуточненных полинейропатий, воспалительных изменений в общем анализе крови)</i>		

24.	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога (<i>всем пациентам с гипертонической болезнью, неуточненной артериальной гипертензией, неуточненными зрительными нарушениями</i>)		
-----	--	--	--

Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
 для направления на консультацию к врачу-нейрохирургу
 консультативно-диагностической поликлиники государственного
 бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области «Знак Почета»
 областной клинической больницы

Перечень нозологических форм:

- болезнь Паркинсона;
- гидроцефалия и аномалии развития;
- невралгии черепно-мозговых нервов;
- дегенеративные поражения позвоночника;
- нейроонкологические заболевания;
- цереброваскулярные заболевания: артерио-венозные мальформации, каротидно-кавернозные соустья, артериальные мешотчатые аневризмы, подострый и отдаленный периоды внутримозгового кровоизлияния без сосудистых мальформаций;
- черепно-мозговая травма и ее последствия, в том числе посттравматические дефекты черепа;
- позвоночно-спинальная травма (не острый период) и ее последствия.

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
 медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога <i>(по показаниям)</i>	не более 1 месяца	
2.	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога <i>(по показаниям, при наличии аденомы гипофиза и краниофарингиомы)</i>		
3.	Мультиспиральная компьютерная томография головного мозга, высокопольная магнитно-резонансная томография с дисками и снимками	не более 3 месяцев	

Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
для направления на консультацию к врачу-оториноларингологу
консультативно-диагностической поликлиники государственного
бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области
областной клинической больницы

Перечень нозологических форм:

- острый ринофарингит;
- острый синусит;
- хронический ринит;
- назофарингит;
- хронический синусит;
- абсцесс;
- фурункул;
- карбункул носа;
- деформация носа;
- перелом носа;
- киста или мукоцеле;
- искривление перегородки носа;
- гипертрофия носовой раковины;
- полипозный риносинусит;
- острый ларингит;
- острый эпиглотит;
- хронический тонзиллит, декомпенсированная форма;
- паратонзиллярный абсцесс;
- хронический ларингит;
- болезни голосовых связок и гортани (полип, узелки, отек, спазм, стеноз);
- нарушение голоса (дисфония, афония);
- ушиб гортани;
- доброкачественные новообразования рта и глотки (миндалин, носоглотки, гортаноглотки), среднего уха, полости носа, придаточных пазух носа и гортани;
- наружный отит (острый, абсцесс);
- перихондрит, поражения наружного уха при болезнях, при микозах;
- негнойный средний отит (острый, хронический адгезивный, экссудативный);
- гнойный средний отит (острый, хронический, мезотимпанит, эптитимпанит).

Дата заполнения: ____ / _____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Исследование уровня общего билирубина в крови		
3.	Исследование уровня глюкозы в крови		
4.	Диагностика сифилиса методом реакции микропреципитации (РМП)		
5.	Анализ мочи общий		
6.	Бактериологическое исследование отделяемого из ушей на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы <i>(при воспалительных заболеваниях уха)</i>		
7.	Регистрация электрокардиограммы, расшифровка		
8.	Фиброларингоскопия с биопсией <i>(по показаниям)</i>	не более 1 месяца	
9.	Флюорография легких	не более 12 месяцев	
10.	Рентгенография придаточных пазух носа, костей носа <i>(по показаниям)</i> (снимки, описание)	не более 7 дней	
11.	Мультиспиральная компьютерная томография придаточных пазух носа <i>(по показаниям)</i> (снимки, описание)	не более 1 месяца	
12.	Мультиспиральная компьютерная томография гортани <i>(при травме)</i> (снимки, описание)		
13.	Мультиспиральная компьютерная томография височной кости <i>(при воспалительных заболеваниях уха)</i> (снимки, описание)		
14.	Прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога <i>(по показаниям)</i>		

**Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
для направления на консультацию к врачу-офтальмологу
консультативно-диагностической поликлиники государственного
бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области
Иркутской областной клинической больницы**

Перечень нозологических форм:

- заболевания глаза, его придаточного аппарата и орбиты.

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Диагностика сифилиса методом реакции микропреципитации (РМП)		
3.	Исследование уровня глюкозы в крови		
4.	Регистрация электрокардиограммы, расшифровка		
5.	Флюорография легких	не более 12 месяцев	

**Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
для направления на консультацию к врачу-пульмонологу
консультативно-диагностической поликлиники государственного
бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области
Иркутской областной клинической больницы**

Перечень нозологических форм:

- бронхиальная астма;
- хроническая обструктивная болезнь легких;
- хронические бронхиты.

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Исследование уровня глюкозы в крови		
3.	Исследование уровня С-реактивного белка в крови		
4.	Анализ мочи общий		
5.	Общий анализ мокроты		
6.	Регистрация электрокардиограммы, расшифровка		
7.	Рентгенография грудной клетки	не более 6 месяца	
8.	Спирография, проба с бронхолитиком	не более 1 месяца	
9.	Эхокардиография <i>(при хронической обструктивной болезни легких)</i>	не более 3 месяцев	
10.	Выписка из амбулаторной карты о сопутствующей патологии		

**Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
для направления на консультацию к врачу-пульмонологу
консультативно-диагностической поликлиники государственного
бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области
областной клинической больницы**

Перечень нозологических форм:

- диссеминированные процессы в легких, в том числе саркоидоз органов дыхания;
- внебольничная пневмония;
- экссудативный плеврит.

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Исследование уровня кальция в крови <i>(при саркоидозе)</i>		
3.	Исследование уровня глюкозы в крови		
4.	Исследование уровня общего кальция в крови		
5.	Анализ мочи общий		
6.	Общий анализ мокроты + кислотоустойчивые микобактерии (КУМ)	не более 1 месяца	
7.	Регистрация электрокардиограммы, расшифровка	не более 14 дней	
8.	Рентгенография легких <i>(при повторной консультации по показаниям)</i>	не более 1 месяца	
9.	Спирография		
10.	Прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра <i>(при наличии экссудативного плеврита, впервые выявленных диссеминированных процессов в легких)</i>	не более 3 месяцев	
11.	Мультиспиральная компьютерная томография легких <i>(предоставить пленку и протокол)</i>		
12.	Выписка из амбулаторной карты о сопутствующей патологии		

**Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
для направления на консультацию к врачу-ревматологу
консультативно-диагностической поликлиники государственного
бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области
Иркутской областной клинической больницы**

Перечень нозологических форм:

- артриты и спондилоартриты;
- остеоартроз;
- остеопороз;
- системные заболевания соединительной ткани;
- васкулиты;
- антифосфолипидный синдром.

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Исследование уровня общего белка в крови		
3.	Исследование уровня общего билирубина в крови		
4.	Исследование уровня глюкозы в крови		
5.	Исследование уровня креатинина в крови		
6.	Исследование уровня калия в крови		
7.	Исследование уровня общего кальция в крови		
8.	Исследование уровня неорганического фосфора в крови		
9.	Исследование уровня С-реактивного белка в крови		
10.	Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови		
11.	Исследование уровня паратиреоидного гормона в крови (при наличии остеопороза)		
12.	Определение уровня 1,25-ОН витамина Д в крови (по показаниям)		
13.	Определение антистрептолизина-О в сыворотке крови		
14.	Исследование ревматоидных факторов в крови		
15.	Исследование уровня креатинфосфокиназы в крови (при дерматомиозите)		
16.	Исследование антител к 2-х спиральной ДНК в крови (по показаниям)	не более 1 месяца	
17.	Исследование антител к антигенам ядра клетки и ДНК (по показаниям)		

18.	Исследование антител к фосфолипидам в крови <i>(по показаниям)</i>		
19.	Определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ) в крови	не более 3 месяцев	
20.	Иммуноферментный анализ крови на гепатит В		
21.	Иммуноферментный анализ крови на гепатит С		
22.	Диагностика сифилиса методом реакции микропреципитации (РМП)	не более 14 дней	
23.	Анализ мочи общий		
24.	Регистрация электрокардиограммы, расшифровка		
25.	Рентгенография легких	не более 1 месяца	
26.	Электромиография <i>(при дерматомиозите, полимиозите)</i>		
27.	Ультразвуковое исследование слюнных желез <i>(при синдроме и болезни Шегрена)</i>		
28.	Ультразвуковое исследование щитовидной железы		
29.	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)		
30.	Ультразвуковое исследование почек		
31.	Эхокардиография		
32.	Рентгеноскопия пищевода и желудка в положении стоя и лежа (время прохождения бариевой взвеси) <i>(при системной склеродермии)</i>		
33.	Рентгенография кистей с лучезапястными суставами в прямой проекции <i>(при системной склеродермии, ревматоидном артрите)</i>		
34.	Рентгенография грудного и пояснично-крестцового отдела позвоночника в 2-х проекциях <i>(по показаниям)</i>		
35.	Рентгенография кистей с лучезапястными суставами, стоп в прямой проекции, рентгенография сакроилеальных сочленений в прямой проекции <i>(при повторной консультации по показаниям)</i>		
36.	Рентгенография костей таза, черепа <i>(по показаниям)</i>		
37.	Ультразвуковое исследование суставов <i>(по показаниям)</i>		
38.	Остеоденситометрия <i>(при повторной консультации по показаниям)</i>	не более 3 месяцев	
39.	Прием (осмотр, консультация) врача-уролога <i>(для мужчин старше 40 лет)</i>	не более 12 месяцев	
	Прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога <i>(для женщин)</i>		

Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
для направления на консультацию к врачу-торакальному хирургу
консультативно-диагностической поликлиники государственного
бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области
областной клинической больницы

Перечень нозологических форм:

- болезни пищевода и желудка: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, недостаточность кардии, дистальный рефлюкс-эзофагит (неосложненные и осложненные формы), кардиоспазм, дивертикулы пищевода и желудка, послеожоговая стриктура пищевода, постожоговый стеноз выходного отдела желудка, новообразования пищевода и желудка;
- болезни шеи: киста шеи, зуб;
- болезни диафрагмы: новообразования диафрагмы, диафрагмальные грыжи (различного генеза), релаксация диафрагмы;
- болезни средостения: новообразования средостения;
- болезни легких, трахеи, бронхов, буллезная болезнь легких;
- бронхоэктатическая болезнь;
- абсцесс, гангрена легкого;
- эмпиема плевры;
- осложнения и последствия травмы грудной клетки: гемоторакс, фибриноторакс, пневмогемоторакс, эмпиема плевры;
- последствия травмы трахеи: стеноз трахеи.

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Анализ мочи общий		
3.	Регистрация электрокардиограммы, расшифровка		
4.	Рентгенография легких с рентгенограммами (при повторной консультации и госпитализации по показаниям)	не более 1 месяца	
5.	Рентгеномография трахеи (при патологии шеи) с рентгенограммами	не более 3 месяцев	
6.	Ультразвуковое исследование органов шеи (при патологии шеи)	не более 1 месяца	
7.	Ультразвуковое исследование органов брюшной		

	полости <i>(по показаниям)</i>		
8.	Фиброгастроуденоскопия с биопсией <i>(по показаниям)</i>	не более 3 месяцев	
9.	Рентгеноскопия пищевода и желудка (с рентгенограммами) <i>(по показаниям)</i>		
10.	Фибробронхоскопия <i>(при патологии легких)</i>	не более 1 месяца	
11.	Спирография <i>(при патологии легких)</i>		
12.	Ультразвуковое исследование плевральной полости <i>(при патологии легких)</i>	не более 14 дней	
13.	Мультиспиральная компьютерная томография легких, средостения, шеи (снимки, описание) <i>(по показаниям)</i>	не более 1 месяца	
14.	Мультиспиральная компьютерная томография брюшной полости (снимки, описание) <i>(по показаниям)</i>		

**Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
для направления на консультацию к врачу-урологу
консультативно-диагностической поликлиники государственного
бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области
областной клинической больницы**

Перечень нозологических форм:

- доброкачественная гиперплазия предстательной железы (аденома простаты);
- острая задержка мочи;
- хроническая задержка мочи;
- мочекаменная болезнь почек, почечная колика;
- гидронефроз;
- гематурия;
- цистит;
- острый пиелонефрит;
- стриктуры уретры;
- стрессовое недержание мочи;
- нейрогенный мочевой пузырь;
- пузырно-влагалищные свищи;
- нефроптоз 2-3 степени;
- крипторхизм;
- кисты почек размером более 5-6 см;
- варикоцеле 2 степени;
- водянка яичек;
- простатит.

Дата заполнения: ____ / _____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Исследование уровня глюкозы в крови		
3.	Исследование уровня мочевины в крови		
4.	Исследование уровня креатинина в крови		
5.	Исследование уровня простатспецифического антигена (для мужчин старше 40 лет при доброкачественной гиперплазии предстательной железы)	не более 3 месяцев	

6.	Диагностика сифилиса методом реакции микропреципитации (РМП)	не более 14 дней	
7.	Анализ мочи общий		
8.	Флюорография легких	не более 12 месяцев	
9.	Ультразвуковое исследование почек <i>(при патологии почек)</i>	не более 1 месяца	
10.	Ультразвуковое исследование мочевого пузыря		
11.	Ультразвуковое исследование простаты <i>(при доброкачественной гиперплазии предстательной железы)</i>		
12.	Ультразвуковое исследование мошонки <i>(при патологии яичек и придатков яичек)</i>		
13.	Обзорная и в/в урография <i>(по показаниям)</i>	не более 3 месяцев	
14.	Мультиспиральная компьютерная томография брюшной полости <i>(по показаниям)</i>		

**Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
для направления на консультацию к врачу-хирургу (гастрохирургу)
консультативно-диагностической поликлиники государственного
бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области
областной клинической больницы**

Перечень нозологических форм:

- вентральная грыжа;
- другие грыжи брюшной полости;
- послеоперационные грыжи, рецидивные грыжи;
- язва желудка;
- язва двенадцатиперстной кишки;
- стеноз желудка;
- стеноз двенадцатиперстной кишки;
- пептическая язва;
- болезнь оперированного желудка;
- органические поражения печени (эхинококк, гемангиома), множественный эхинококк;
- желчнокаменная болезнь;
- постхолецистэктомический синдром;
- свищ желчного пузыря;
- кисты и свищи поджелудочной железы.

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Исследование уровня общего белка в крови		
3.	Исследование уровня общего билирубина в крови		
4.	Исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови (по показаниям)		
5.	Исследование уровня глюкозы в крови		
6.	Исследование уровня креатинина в крови		
7.	Исследование уровня мочевины в крови (по показаниям)		
8.	Исследование уровня аспартатаминотрансферазы (АСТ) в крови (по показаниям)		
9.	Исследование уровня аланинаминотрансферазы		

	(АЛТ) в крови <i>(по показаниям)</i>		
10.	Исследование на антитела к антигенам паразитов <i>(при паразитарных поражениях печени)</i>	не более 1 месяца	
11.	Диагностика сифилиса методом реакции микропреципитации (РМП) <i>(по показаниям)</i>	не более 14 дней	
12.	Анализ мочи общий		
13.	Регистрация электрокардиограммы, расшифровка <i>(по показаниям)</i>		
14.	Флюорография легких	не более 12 месяцев	
15.	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	не более 1 месяца	
16.	Фиброгастродуоденоскопия	не более 1 месяца	
17.	Рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки (с рентгенограммами) <i>(по показаниям)</i>		
18.	Фистулография <i>(при наличии холедохостомы и холецистостомы)</i>		
19.	Мультиспиральная компьютерная томография брюшной полости <i>(по показаниям)</i>		

**Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
для направления на консультацию к врачу-хирургу (гнойному хирургу)
консультативно-диагностической поликлиники государственного
бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской ордена «Знак Почета»
областной клинической больницы**

Перечень нозологических форм:

- абсцесс легкого;
- гангрена легкого;
- эмпиема плевры;
- синдром диабетической стопы (деструктивные формы);
- кишечные свищи;
- гнойно-воспалительные заболевания брюшной полости,
- мягкотканые нагноения.

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Исследование уровня общего билирубина в крови		
3.	Исследование уровня глюкозы в крови		
4.	Исследование уровня креатинина в крови		
5.	Определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ) в крови <i>(по показаниям)</i>	не более 3 месяцев	
6.	Анализ мочи общий	не более 14 дней	
7.	Регистрация электрокардиограммы, расшифровка		
8.	Рентгенография легких с наличием рентгенограмм <i>(по показаниям)</i>		
9.	Рентгенография стопы <i>(при синдроме диабетической стопы, остеомиелите)</i>		
10.	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости <i>(по показаниям)</i>	не более 1 месяца	
11.	Фиброгастроуденоскопия с биопсией <i>(по показаниям)</i>		
12.	Мультиспиральная компьютерная томография легких, средостения <i>(по показаниям)</i>		
13.	Мультиспиральная компьютерная томография брюшной полости <i>(по показаниям)</i>		

**Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
для направления на консультацию к врачу-акушеру-гинекологу
консультативно-диагностической поликлиники государственного
бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области
Иркутской областной клинической больницы**

Перечень нозологических форм:

- миома матки;
- эндометриоз матки;
- патология эндометрия;
- полипы эндометрия;
- опухоли яичников;
- бесплодие;
- дисфункция яичников;
- сальпингиты;
- гидросальпингиты;
- несостоятельность мышц тазового дна.

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Исследование уровня глюкозы в крови		
3.	Исследование уровня антигена аденогенных раков СА-125 в крови <i>(при опухолях яичников)</i>	не более 3 месяцев	
4.	Исследование уровня гормонов в сыворотке крови: пролактин, ФСГ, ЛГ, тестостерон, ДЭАС, 17-гидроксипрогестерон, прогестерон, ТТГ, АМГ <i>(при бесплодии, дисфункции яичников)</i>	не более 1 месяца	
5.	Диагностика сифилиса методом реакции микропреципитации <i>(при бесплодии, дисфункции яичников, сальпингитах, гидросальпинксах)</i>	не более 14 дней	
6.	Бактериологический посев мочи определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам <i>(при несостоятельности мышц тазового дна)</i>		
7.	Анализ мочи общий		
8.	Кольпоскопия	не более	

9.	Цитологический скрининг на атипические клетки шейки матки (РАР-тест)	1 месяца	
10.	Микроскопическое исследование влагалищного мазка на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы		
11.	Исследование методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) отделяемого женских половых органов на <i>Chlamidia trachomatis</i> , <i>Micoplazma genitalis</i> , <i>Ureaplasma urealiticum</i> , гонококк, трихомонады (<i>при бесплодии, дисфункции яичников, при сальпингитах, гидросальпинксах</i>)	не более 3 месяцев	
12.	Бактериологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и чувствительность к антибиотикам (<i>при бесплодии, дисфункции яичников, при сальпингитах, гидросальпинксах</i>)	не более 1 месяца	
13.	Флюорография легких	не более 12 месяцев	
14.	Ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное	не более 1 месяца	
15.	Ультразвуковое исследование молочных желез	не более 12 месяцев	
16.	Ультразвуковое исследование брюшной полости (<i>при сальпингитах, гидросальпинксах, опухолях яичников</i>)	не более 1 месяца	
17.	Пайпель-биопсия эндометрия (<i>при опухолях яичников</i>)	не более 6 месяцев	
18.	Фиброгастродуоденоскопия (<i>при опухолях яичников</i>)	не более 1 месяца	
19.	Фиброколоноскопия (<i>при опухолях яичников</i>)	не более 6 месяцев	
20.	Мультиспиральная компьютерная томография брюшной полости и органов малого таза (<i>по показаниям</i>)	не более 3 месяцев	
21.	Прием (осмотр, консультация) врача-проктолога (<i>при опухолях яичников</i>)		
22.	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога (<i>при опухолях яичников</i>)	не более 1 месяца	
23.	Прием (осмотр, консультация) врача-уролога (<i>при несостоятельности мышц тазового дна</i>)	не более 3 месяцев	
24.	Гистеросальпингография (<i>при бесплодии, дисфункции яичников, сальпингитах, гидросальпинксах</i>)	не более 6 месяцев	
25.	Спермография мужа (<i>при бесплодии, дисфункции яичников</i>)		
26.	Маммография (<i>старше 40 лет</i>)	1 раз в 2 года	

Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
для направления на консультацию к врачу-детскому кардиологу
консультативно-диагностической поликлиники государственного
бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области
Иркутской областной клинической больницы

Перечень нозологических форм:

- врожденные пороки сердца;
- приобретенные пороки сердца;
- заболевания перикарда: перикардиты, кисты перикарда, опухоли;
- подозрение на опухоль сердца (доброкачественного или злокачественного генеза);
- аневризма восходящего отдела дуги аорты;
- инородное тело сердца;
- нарушения ритма, в том числе синдром слабости синусового узла, желудочковая и наджелудочковая парасистолия, синдром WPW, синдром удлинённого QT.

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Регистрация электрокардиограммы, плёнка, расшифровка		
3.	Рентгенография легких	не более 6 месяцев	
4.	Эхокардиография (по возможности доплер-эхокардиография)	не более 1 месяца	

**Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
для направления на консультацию к врачу-кардиологу кабинета хронической
сердечной недостаточности/легочной гипертензией
консультативно-диагностической поликлиники государственного
бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области «Знак Почета»
областной клинической больницы**

Перечень нозологических форм:

- хроническая сердечная недостаточность I, II, III, IV функционального класса, фракцией выброса ЛЖ $\leq 35\%$ и с высоким риском развития декомпенсации сердечной недостаточности на фоне оптимальной медикаментозной терапии;
- хроническая сердечная недостаточность рефрактерная к оптимальной медикаментозной терапии;
- кардиомиопатия (плановое обследование и последующий отбор на трансплантацию сердца);
- легочная артериальная гипертензия (плановая диагностика, уточнение диагноза, включение в регистр пациентов для получения ЛАГ-специфической терапии и определения показаний к оперативному лечению: баллонная ангиопластика легочной артерии, тромбэндартерэктомия, предсердная септостомия, трансплантация легких, трансплантация комплекса сердце-легкие);
- пациенты, находящиеся в «листе ожидания» трансплантации сердца для динамического осмотра;
- динамическое наблюдение пациентов с перенесенной трансплантацией сердца.

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Исследование уровня общего белка в крови		
3.	Исследование уровня общего билирубина в крови		
4.	Исследование уровня глюкозы в крови		
5.	Исследование уровня креатинина в крови		

6.	Исследование уровня аспаратаминотрансферазы (АСТ) в крови		
7.	Исследование уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ) в крови		
8.	Исследование уровня мочевой кислоты в крови		
9.	Исследование уровня электролитов (калия, натрия) в крови		
10.	Анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический		
11.	Исследование уровня ферритина <i>(при наличии анемии)</i>		
12.	Исследование коэффициента насыщения трансферрина сывороточным железом <i>(при наличии анемии)</i>		
13.	Исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) сыворотки крови	не более 1 месяца	
14.	Исследование уровня свободного тироксина (Т4) сыворотки крови		
15.	Диагностика сифилиса методом реакции микропреципитации (РМП)	не более 14 дней	
16.	Анализ мочи общий		
17.	Уровень мозгового натрийуретического пептида (BNP) и N терминальный фрагмента натрийуретического пропептида мозгового (NTproBNP)	не более 1 месяца	
18.	Регистрация электрокардиограммы, плёнка	не более 14 дней	
19.	Инструментальные методы оценки функции внешнего дыхания: спирография с бронхолитиком и/или бодиплатизмография <i>(пациентам с легочной гипертензией обязательно)</i>	не более 1 месяца	
19.	Эхокардиография		
20.	Рентгенография легких <i>(при повторной консультации – по показаниям)</i>		
21.	Холтеровское мониторирование сердечного ритма (ХМ-ЭКГ) <i>(повторно - по показаниям)</i>	не более 3 месяцев	
22.	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)		
23.	Ультразвуковое исследование органов почек		

**Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
для направления на консультацию к врачу-кардиологу (для настройки
кардиостимулятора) консультативно-диагностической поликлиники
государственного бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской
ордена «Знак Почета» областной клинической больницы**

Регулировка искусственного водителя ритма сердца:

- проверка и тестирование сердечных устройств
(электрокардиостимулятор/кардиовертер-дефибриллятор).

Дата заполнения: ____ / _____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Исследование уровня общего белка в крови		
3.	Исследование уровня общего билирубина в крови		
4.	Исследование уровня глюкозы в крови		
5.	Исследование уровня креатинина в крови		
6.	Исследование уровня аспартатаминотрансферазы (АСТ) в крови		
7.	Исследование уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ) в крови		
8.	Анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический		
9.	Анализ мочи общий		
10.	Регистрация электрокардиограммы, пленка		
11.	Эхокардиография	не более 3 месяцев	

**Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
для направления на консультацию к врачу-сосудистому хирургу
консультативно-диагностической поликлиники государственного
бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области
областной клинической больницы**

Перечень нозологических форм:

- патология аорты, артерий верхних и нижних конечностей, брахиоцефальных артерий, патология нижней полой вены, вен нижних и верхних конечностей;
- тромбоэмболия легочной артерии.

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Исследование уровня креатинина (<i>при патологии артерий</i>)		
3.	Исследование уровня глюкозы в крови		
4.	Липидограмма (холестерин, липопротеины низкой плотности)		
5.	Диагностика сифилиса методом реакции микропреципитации (РМП)		
6.	Анализ мочи общий		
7.	Регистрация электрокардиограммы, расшифровка		
8.	Ультразвуковая доплерография артерий (<i>при патологии артерий</i>)	не более 3 месяцев	
9.	Ультразвуковая доплерография вен (<i>при патологии вен</i>)		
10.	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта	не более 1 месяца	
11.	Рентгенография легких /флюорография	не более 12 месяцев	

**Чек-лист (перечень диагностических исследований и осмотров)
для направления на консультацию к врачу-эндокринологу
консультативно-диагностической поликлиники государственного
бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области
Иркутской областной клинической больницы**

Перечень нозологических форм:

- эндокринная патология.

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

Ф.И.О. и дата рождения пациента: _____

Ф.И.О. врача и подпись: _____

Наименование направляющей
медицинской организации _____

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок годности	Отметить (+) выполнение медицинской услуги с указанием даты проведения, невыполнение (-) с указанием объективной причины невыполнения
1.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	не более 14 дней	
2.	Исследование уровня общего белка в крови		
3.	Исследование уровня общего билирубина в крови		
4.	Исследование уровня глюкозы в крови		
5.	Анализ мочи общий		
6.	Исследование уровня креатинина в крови		
7.	Исследование липидограммы <i>(при нарушении углеводного обмена, ожирении)</i>		
8.	Исследование уровня аспартатаминотрансферазы (АСТ) в крови		
9.	Исследование уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ) в крови		
10.	Исследование уровня общего кальция <i>(при нарушении фосфорно-кальциевого обмена)</i>		
11.	Исследование уровня общего фосфора <i>(при нарушении фосфорно-кальциевого обмена)</i>		
12.	Исследование уровня калия <i>(при болезни надпочечников)</i>		
13.	Исследование уровня натрия <i>(при болезни надпочечников)</i>		
14.	Исследование уровня гликированного гемоглобина в крови <i>(при нарушении углеводного обмена)</i>	не более 3 месяцев	
15.	Исследование на микроальбуминурию <i>(при нарушении углеводного обмена)</i>	не более 6 месяцев	
16.	Исследование уровня альбумина <i>(при фосфорно-кальциевом нарушении)</i>	не более 14 дней	
17.	Исследование уровня тиреотропного гормона	не более	

	крови (<i>при патологии щитовидной железы и гипофиза</i>)	1 месяца	
18.	Исследование уровня свободного тироксина крови (<i>при патологии щитовидной железы и гипофиза</i>)		
19.	Исследование уровня свободного трийодтиронина крови (<i>при тиреотоксикозе любого генеза</i>)	не более 14 дней	
20.	Исследование уровня кортизола крови (<i>при патологии надпочечников и гипофиза</i>)	не более 1 месяца	
21.	Исследование уровня альдостерона в крови (<i>при патологии надпочечников</i>)		
22.	Исследование уровня ренина (<i>при патологии надпочечников</i>)		
23.	Исследование ИФР-1, ПРЛ и соматотропный гормон (<i>при патологии гипофиза</i>)		
24.	Флюорография легких	не более 12 месяцев	