

**Об утверждении Стандарта организации оказания нефрологической помощи в Республике Казахстан**

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 октября 2022 года № ҚР ДСМ-114. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 17 октября 2022 года № 30187

      В соответствии с подпунктом 32) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" ПРИКАЗЫВАЮ:

      1. Утвердить стандарт организации оказания нефрологической помощи в Республике Казахстан согласно приложению к настоящему приказу.

      2. Признать утратившими силу некоторые приказы Министерства здравоохранения Республики Казахстан согласно приложению 1 к настоящему приказу.

      3. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

      1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

      2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;

      3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Юридический департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.

      4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

      5. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

|  |  |
| --- | --- |
|
*Министр здравоохранения**Республики Казахстан*
 |
*А. Ғиният*
 |

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение к приказуМинистра здравоохраненияРеспублики Казахстанот 14 октября 2022 года№ ҚР ДСМ-114 |

 **Стандарт организации оказания нефрологической помощи в Республике Казахстан**

 **Глава 1. Общие положения**

      1. Настоящий стандарт организации оказания нефрологической помощи в Республике Казахстан (далее – Стандарт) разработан в соответствии с подпунктом 32) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс) и устанавливает требования к организации оказания нефрологической помощи в Республике Казахстан.

      2. Термины и определения, используемые в настоящем Стандарте:

      1) автоматизированный перитонеальный диализ (далее – АПД) – метод перитонеального диализа, который осуществляется с помощью специальных аппаратов (циклеров), обеспечивающих введение и выведение диализного раствора без участия пациента (циклер по заданной программе осуществляет автоматические циклы замены раствора в брюшной полости), а также плазмаферез с модификациями, плазмообмен, плазмосорбция и гемосорбция, альбуминовый диализ, в том числе однопоточный альбуминовый диализ в соответствии с КП;

      2) профильный специалист – медицинский работник с высшим медицинским образованием, имеющий сертификат в области здравоохранения;

      3) гемодиализ (далее – ГД) – метод, основанный на принципе диффузионного и фильтрационного переноса через полупроницаемую мембрану низкомолекулярных субстанций и жидкости между циркулирующей экстракорпорально кровью и диализирующим раствором с целью удаления из организма токсических продуктов обмена веществ, нормализации нарушений водного и электролитного балансов, проводимый на аппарате "Искусственная почка";

      4) заместительная почечная терапия (далее – ЗПТ) – совокупность методов, применяемых в целях удаления токсичных веществ и лишней жидкости, скопившихся в теле человека в связи с почечной недостаточностью и другими причинами;

      5) динамическое наблюдение – систематическое наблюдение за состоянием здоровья пациента, а также оказание необходимой медицинской помощи по результатам данного наблюдения;

      6) клинический протокол (далее – КП) – научно доказанные рекомендации по профилактике, диагностике, лечению, медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи при определенном заболевании или состоянии пациента;

      7) обязательное социальное медицинское страхование (далее – ОСМС) – комплекс правовых, экономических и организационных мер по оказанию медицинской помощи потребителям медицинских услуг за счет активов фонда социального медицинского страхования;

      8) мультидисциплинарная группа (далее – МДГ) – группа различных специалистов, формируемая в зависимости от характера нарушения функций и структур организма пациента, тяжести его клинического состояния;

      9) онлайн-гемодиафильтрация (далее – оГДФ) – метод, основанный на принципе диффузионного, фильтрационного и конвекционного переноса через полупроницаемую мембрану низко- и среднемолекулярных субстанций и жидкости между циркулирующей экстракорпорально кровью и диализирующим раствором с внутривенным введением раствора замещения, проводимый на аппарате "Искусственная почка", в варианте on-line замещающий раствор готовится аппаратом "Искусственная почка" путем стерилизующей фильтрации диализата;

      10) гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) – объем медицинской помощи, предоставляемой за счет бюджетных средств;

      11) постоянный амбулаторный перитонеальный диализ (далее – ПАПД) - метод перитонеального диализа, в котором замена диализирующего раствора в брюшной полости (несколько раз в сутки) проводится самостоятельно пациентам в амбулаторных условиях (в домашних условиях);

      12) ультрафильтрация (далее – УФ) продолженная заместительная почечная терапия (далее – ЗПТ) с модификациями, перитонеальный диализ (далее – ПД) – метод заместительной почечной терапии, основанный на принципе диффузионного обмена, фильтрационного и конвекционного переноса через "перитонеальную мембрану" (брюшину) низко- и среднемолекулярных и белковых субстанций, а также жидкости из крови в диализирующий раствор, находящийся в полости брюшины.

 **Глава 2. Структура, основные направления и порядок оказания нефрологической помощи**

 **Параграф 1. Общие положения**

      3. Для организации оказания нефрологической помощи в Республике Казахстан в структуре медицинской организации (далее – МО) организуются следующие подразделения:

      1) специализированный нефрологический кабинет (далее – Кабинет) в поликлиниках (областного, районного, городского уровней), консультативно-диагностическом отделении многопрофильных стационаров, консультативно-диагностических центрах, отделениях и (или) центрах диализа (далее – ОД и (или) ЦД) независимо от форм собственности;

      2) нефрологическое отделение в структуре многопрофильных больниц (детских, взрослых) на городском, областном уровнях, городов республиканского значения и научных организаций или нефрологические койки в структуре многопрофильных больниц (детских, взрослых) на районном и городском уровнях, независимо от форм собственности;

      3) отделение диализа (далее – ОД) в условиях круглосуточного стационара и центр диализа (далее – ЦД) в стационарозамещающих условиях (взрослые и (или) детские) на районном, городском, областном, республиканском уровнях и в научных организациях, независимо от форм собственности;

      4) нефрологический центр организовывается при наличии нефрологического отделения, коек, и (или) отделения диализа в условиях круглосуточного стационара и центра диализа в стационарозамещающих условиях (взрослые и (или) детские), находящееся в одном МО на городском, областном уровнях, научных организациях республиканского значения. Дополнительно в состав нефрологического центра входят: Кабинет, отделение медицинской реабилитации для нефрологических пациентов.

      4. К ЗПТ относят диализ (гемо- и перитонеальный) и трансплантацию почки, которая позволяет восстановить весь спектр утраченных функций почек. Методы ЗПТ подразделяются на интермиттирующие и продленные. Интермиттирующие методы характеризуются длительностью процедуры не более 6 часов. Продленные подразделяются на интермиттирующие (8-12 часов) и продолжительные (12-24 часа).

      5. Основными направлениями деятельности МО, оказывающих нефрологическую помощь, являются:

      1) организация и проведение мероприятий, направленных на раннюю диагностику, профилактику прогрессирования и развития осложнений, лечение и снижение заболеваемости, инвалидизации и смертности от заболеваний мочевыделительной системы, увеличение продолжительности и улучшение качества жизни пациентов с хронической болезнью почек (далее – ХБП), в том числе продление додиализной стадии;

      2) оказание медицинской помощи пациентам с патологией органов мочевыделительной системы (острые и хронические гломерулярные и интерстициальные заболевания почек, пороки развития почек и мочевыделительной системы, вторичное поражение почек при сахарном диабете, сердечно-сосудистой патологии и аутоиммунных заболеваниях, мочекаменной болезни, состояние после трансплантации почки, острая почечная недостаточность или острое повреждение почек (далее – ОПП) и ХБП с соблюдением преемственности на всех этапах лечения в соответствии с КП;

      3) учет и динамическое наблюдение пациентов с ОПП, ХБП 3-5 стадий, в том числе пациентов, перенесших трансплантацию почки, полиорганную недостаточность, получающих ЗПТ и другие виды эфферентной терапии;

      4) оказание информационно-консультативной и организационно-методической помощи населению и субъектам здравоохранения по вопросам заболеваний почек;

      5) участие и проведение научно-исследовательской деятельности, внедрение инновационных технологий в области клинической нефрологии;

      6) обеспечение интеграции информационных систем (далее - ИС), применяемых в МО, с существующими ИС.

      6. Специализированная медицинская помощь пациентам с заболеваниями почек оказывается профильными специалистами и включает проведение ЗПТ специализированными методами лечения (программный гемодиализ (далее – ПГД), ПАПД, АПД, оГДФ, ГФ, УФ) или трансплантацией почки.

      7. Высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВТМП) пациентам с заболеваниями почек оказывается профильными специалистами в соответствии с Правилами оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-238/2020 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21746).

      8. Паллиативная помощь пациентам с заболеваниями почек оказывается в соответствии со Стандартом организации оказания паллиативной медицинской помощи, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-209/2020 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21687).

      9. Медицинская реабилитация пациентов нефрологического профиля, в том числе получающих комплекс специализированных методов замещения выделительной функции почек или ЗПТ, осуществляется в соответствии с Правилами оказания медицинской реабилитации, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 октября 2020 года № ҚР ДСМ-116/2020 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21381).

      10. МО обеспечивают ведение медицинской документации в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР-ДСМ -175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения" (далее – приказ № ҚР-ДСМ 175/2020) (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579) и отчетную документацию в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 "Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения" (далее – приказ № ҚР ДСМ-313/2020) (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21879).

      11. Нефрологическая помощь оказывается на уровнях оказания медицинской помощи, предусмотренных в статье 116 Кодекса, предоставляется в формах, указанных в статье 117 Кодекса, и согласно КП.

      12. Нефрологическая помощь оказывается:

      1) в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе в приемных отделениях круглосуточных стационаров;

      2) в стационарных условиях, предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение, лечение, уход, а также предоставление койко-места с питанием, в том числе при случаях терапии и хирургии "одного дня", предусматривающих круглосуточное наблюдение в течение первых суток после начала лечения;

      3) в стационарозамещающих условиях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения и предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время с предоставлением койко-места;

      4) вне МО:

      1) использование медицинской авиации для доставки пациента, нуждающегося в медицинском сопровождении в МО по месту жительства для продолжения лечения из МО вторичного и третичного уровней оказания медицинской помощи;

      2) для доставки медицинского персонала и медицинских изделий для оказания терапии методами экстракорпоральной гемокоррекции, передвижных (полевых) медицинских комплексах и медицинских поездах, полевых госпиталях, трассовых медико-спасательных пунктах;

      3) при оказании дистанционных медицинских услуг.

      13. Скорая медицинская помощь, в том числе с привлечением медицинской авиации пациентам с заболеваниями почек, осуществляется в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-225/2020 "Об утверждении правил оказания скорой медицинской помощи, в том числе с привлечением медицинской авиации (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21713).

      14. Организацию и координацию оказания нефрологической помощи в соответствии с настоящим Стандартом осуществляет руководитель МО, имеющей в составе нефрологическое отделение/нефрологические койки, определенной приказом местных исполнительных органов (далее - МИО) области, городов республиканского значения и столицы.

 **Параграф 2. Порядок организации оказания нефрологической помощи в амбулаторных условиях**

      15. ПМСП (далее – первичная медико-санитарная помощь) пациентам с заболеваниями почек оказывается врачами общей практики (семейными врачами), участковыми терапевтами, педиатрами, фельдшерами, акушерами, медицинскими сестрами расширенной практики (общей практики), участковыми медицинскими сестрами, социальными работниками, психологами в области здравоохранения.

      16. Ранняя диагностика и диспансерное наблюдение за пациентами в амбулаторных условиях проводится в соответствии с КП.

      17. Нефрологическая помощь включает в себя:

      1) осмотр врачом, выявление признаков поражения почек и проведение клинико-диагностических исследований в соответствии с КП для определения стадии, этиологии и степени активности заболеваний;

      2) направление пациента на оказание консультативно-диагностической помощи с оформлением выписки из медицинской карты амбулаторного пациента по форме № 097/у в соответствии с приказом № ҚР-ДСМ 175/2020 и отчетную документацию в соответствии с приказом № ҚР ДСМ-313/2020, с внесением данных в медицинскую информационную систему (далее – МИС);

      3) формирование групп риска развития, профилактика прогрессирования и развития осложнений ХБП в зависимости от стадии и нозологических форм, а также учет и динамическое наблюдение пациентов с заболеваниями почек проводится специалистами ПМСП с учетом рекомендаций нефрологов в соответствии с КП;

      4) отбор и направление на госпитализацию в МО для оказания специализированной медицинской помощи и ВТМП с учетом рекомендаций врачей нефрологов и МДГ в соответствии с КП;

      5) динамическое наблюдение за пациентами с поражением почек различного генеза, в том числе в послеоперационном (посттрансплантационном) периоде, включающее мониторирование активности заболевания, контроль и коррекцию иммуносупрессивной терапии, в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 октября 2020 года № ҚР ДСМ 149/2020 "Об утверждении правил организации оказания медицинской помощи лицам с хроническими заболеваниями, периодичности и сроков наблюдения, обязательного минимума и кратности диагностических исследований" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21513);

      6) медицинскую реабилитацию пациентов с нефрологическими заболеваниями, ХБП и ОПП, в том числе получающих диализную терапию и перенесших операцию после трансплантации почки (включая мониторирование концентрации препаратов иммуносупрессивной терапии, профилактику и своевременное выявление инфекционных осложнений);

      7) организацию и мониторинг обеспечения пациентов с заболеваниями почек (включая пациентов на ЗПТ) лекарственными средствами согласно приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 августа 2021 года № ҚР ДСМ-75 "Об утверждении Перечня лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями)" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 23885);

      8) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-198/2020 "Об утверждении правил проведения экспертизы временной нетрудоспособности, а также выдачи листа или справки о временной нетрудоспособности" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21660);

      9) направление на проведение медико-социальной экспертизы для определения и установления инвалидности в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 января 2015 года № 44 "Об утверждении Правил проведения медико-социальной экспертизы" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 10589);

      10) регистрацию и регулярное внесение данных пациентов с ХБП 1-5 стадии, ОПП всех стадий согласно международной классификации ОПП по RIFLE (Райфл): Risk (Риск), Injury (Инжури), Failure (Фэйлэ), Lost (Лост), End Stage Renal Disease (Энд Стэйдж Ренал Дизиз) в ИС МО с указанием стадии ХБП для мониторинга, своевременного начала ЗПТ и обеспечения преемственности маршрута пациентов. При недоступности или отсутствии ИС, регистрация пациентов осуществляется в Электронный регистр ХБП.

      Регистрация пациентов с ХБП с 1 по 3а стадиями проводится ежегодно врачами общей практики (семейными врачами), участковыми терапевтами, педиатрами на уровне ПМСП. Регистрация пациентов с ХБП 3б-5 стадиями проводится врачами нефрологами поликлиники, Кабинета, нефрологического центра.

      18. Консультативно-диагностическую помощь пациентам с заболеваниями почек в амбулаторных условиях оказывает врач нефролог, врач общей практики, другие профильные специалисты согласно КП.

      19. Основными функциями Кабинета являются:

      1) оказание специализированной медицинской помощи пациентам с заболеваниями почек и лицам с высоким риском их развития по направлению врача ПМСП;

      2) организация и проведение динамического наблюдения лиц со следующей патологией:

      1. после перенесенной ОПП;

      2. после трансплантации почки;

      3. первичные и вторичные поражения почек различной этиологии;

      4. ХБП 3-5 стадии;

      3) коррекция факторов прогрессирования ХБП (артериальная гипертензия, сахарный диабет, анемия, сердечная недостаточность) для обеспечения мониторирования и контроля эффективности амбулаторного лекарственного обеспечения;

      4) направление пациентов на обследование и консультацию;

      5) выдача рекомендаций в решении вопросов о временной нетрудоспособности и инвалидности при болезнях почек и смежной патологии;

      6) отбор и направление пациентов с заболеваниями почек на специализированное лечение в стационарных или стационарозамещающих условиях в соответствии с КП;

      7) плановая подготовка, отбор и направление пациентов с заболеваниями почек для своевременного оказания ВТМП (органозамещающих методов лечения), в том числе ЗПТ (ГД, ПД) в ОД и (или) ЦД по решению МДГ, на трансплантацию почки для включения в лист ожидания в соответствии с КП;

      8) ведение и мониторинг состояния пациентов, перенесших операцию по трансплантации почки в соответствии с КП;

      9) внедрение в практику новых методов нефропротективной терапии, диагностики и лечения пациентов с заболеваниями почек;

      10) преемственность и взаимодействие с врачами по специальности "Врач общей практики", "Педиатрия" по месту прикрепления;

      11) анализ статистических данных по заболеваниям почек среди прикрепленного (обслуживаемого) населения и ведение учетной и отчетной документации с ведением электронного регистра диспансерных пациентов (далее – ЭРДБ) с ХБП 3-5 стадией, электронного регистра ХБП, в том числе пациентов, получающих ЗПТ;

      12) организация и участие в проведении "школы для пациентов с заболеваниями почек";

      13) участие в составлении заявки на лекарственные средства и медицинские изделия с целью обеспечения пациентов с ХБП в амбулаторных условиях;

      14) координация потока пациентов с ОПП и ХБП, координация маршрута движения пациента и обеспечение преемственности при оказании нефрологической помощи, в соответствии с КП;

      15) занесение данных в ИС МО, интегрированную с существующими ИС, применение цифровых и онлайн технологий для систематизации данных, формирование отчетности и отслеживание динамики индикаторов.

 **Параграф 3. Координация и преемственность на этапах и уровнях оказания медицинской помощи пациентам с хронической болезнью почек**

      20. На уровне области, городов республиканского значения и столицы приказом МИО определяется ответственный координатор нефрологической помощи региона (далее - ответственный координатор региона).

      21. На уровне ПМСП, консультативно-диагностической помощи и стационара назначается координатор оказания нефрологической помощи (далее – КОНП) из числа медицинских работников МО, прошедших курсы повышения квалификации по раннему выявлению и ведению пациентов с ХБП, утвержденный приказом первого руководителя.

      22. В задачи КОНП входит:

      1) сбор информации в МО о наличии пациентов с ОПП и ХБП;

      2) формирование Регистра ХБП;

      3) предоставление отчетности ответственному координатору региона;

      4) консультативная помощь врачам ПМСП;

      5) обучение врачей ПМСП вопросам ранней диагностики и ведения пациентов с ОПП и ХБП, выставлению маркеров в ИС;

      6) координация потока пациентов с ОПП и ХБП в МО и далее по маршруту пациента.

      23. Весь период обследования пациентов с заболеваниями почек в амбулаторных условиях отображается в ИС с указанием маркеров:

      1. Специалист ПМСП при наличии выписки из ЭРСБ с диагнозом N00-N08, а также впервые установленном диагнозе N00-N08 на амбулаторном уровне выставляет маркер Гломерулярные болезни (далее - "ГлБ") и направляет пациента к нефрологу в течение трех рабочих дней; маркер "ГлБ" снимается при постановке на диспансерный учет (далее – Д-учет) с диагнозами N00-N08 в соответствии с кодом международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ 10);

      2. Специалист ПМСП выставляет маркер "Д-учет с ГлБ" при наступлении обоих событий в любой последовательности:

      1) Д-учет с диагнозами N00-N08 в соответствии с МКБ 10;

      2) выписка со стационара с диагнозами из: N00-N08 в соответствии с МКБ 10;

      3) при впервые установленном диагнозе N00-N08 в соответствии с МКБ 10 на амбулаторном уровне.

      Специалист ПМСП после консультации нефролога проводит дообследование и наблюдает пациента согласно рекомендациям. Маркер "Д-учет с ГлБ" снимается при снятии с учета после консультации нефролога.

      3. Специалист ПМСП выставляет маркер "ХБП" при наступлении событий в любой последовательности:

      1) при выписке из ЭРСБ с диагнозами N18.1-N18.5; N18.9 в соответствии с МКБ 10;

      2) при отторжении трансплантированной почки Т86.1 в соответствии с МКБ 10;

      3) при СКФ менее 90мл/мин.

      Маркер снимается при постановке на Д-учет с диагнозами N18.1-N18.5; N18.9 в соответствии с МКБ 10.

      4. Специалист ПМСП выставляет маркер "Д-учет с ХБП" при наступлении обоих событий в любой последовательности:

      1) Д-учет с диагнозами N18.1-N18.5; N18.9 в соответствии с МКБ 10;

      2) выписка из стационара с диагнозами N18.1-N18.5; N18.9 в соответствии с МКБ 10;

      3) при отторжении трансплантированной почки Т86.1 в соответствии с МКБ 10.

      Маркер "Д-учет с ХБП" снимается при наступлении смерти пациента.

      5. Специалист ПМСП выставляет маркер "ОПП" при выписке из ЭРСБ с диагнозом N17, N19 в соответствии с МКБ 10, а также пациентам, которые не прошли МДГ, но получают гемодиализ до 3-х месяцев после установки диагноза.

      Маркер "ОПП" снимается при выздоровлении от ОПП или при постановке на Д- учет с диагнозами N18.1-N18.5; N18.9 в соответствии с МКБ 10.

      24. Для обеспечения индивидуального подхода и выбора тактики оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в ЗПТ, в МО, имеющей нефрологическое отделение/койки в составе многопрофильного стационара, создаются МДГ.

      Состав МДГ формируется под руководством КОНП стационара, в составе врача нефролога, лечащего врача, терапевта и профильных специалистов по необходимости.

      25. Функциями МДГ являются:

      1) определение показаний к плановому началу ЗПТ в соответствии с критериями, установленными настоящим Стандартом и КП, коллегиальный выбор методов диагностики, тактики лечения и модальности выбора ЗПТ;

      2) принятие решения о продолжении, начале и прекращении гемодиализа больным с острой почечной недостаточностью (далее - ОПН) и ХБП, начале в виде ЗПТ у больных с терминальной хронической почечной недостаточностью (далее -ТХПН), переводе с одного вида ЗПТ на другой, направлении на трансплантацию почки, коррекция индивидуальной программы ЗПТ;

      3) оценка кандидатов (пациентов) на трансплантацию почки и включение в регистр потенциальных реципиентов органов (далее - регистр) проводится в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-226/2020 "Об утверждении правил формирования и ведения регистра" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21717) и согласия пациента на сбор и обработку персональных данных;

      4) отбор пациентов на трансплантацию осуществляется на основании решения МДГ центров трансплантаций;

      5) разъяснение пациенту в доступной форме принципов лечения и предоставление права выбора вида лечения;

      6) предоставление пациенту информации обо всех имеющихся в регионе его проживания, по принципу территориальной доступности, ОД и (или) ЦД, или нефрологических центров согласно утвержденного МИО списка.

      26. Заключение МДГ оформляется согласно приложению 1 к настоящему Стандарту КОНП стационара за подписью главного врача МО и отправляется ответственному координатору региона, в фонд социального медицинского страхования (далее-ФСМС) по электронной почте, а также выдается на руки пациенту и вносится в информационную систему (далее - ИС), медицинскую карту амбулаторного пациента по форме №052/У (далее – Медицинская карта амбулаторного пациента) и (или) медицинскую карту стационарного пациента по форме № 001/У (далее – Медицинская карта стационарного пациента), утвержденные приказом № ҚР-ДСМ 175/2020 и отчетную документацию в соответствии с приказом № ҚР ДСМ-313/2020, с последующим автоматическим формированием записи в журнале заседаний МДГ.

      С целью включения в регистр и мониторинга потенциального реципиента почки согласно пунктам 8, 9 и 18 приказа министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ДСМ-226/2020 "Об утверждении правил формирования и ведения регистра" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21717), заключение МДГ передается в РГП на ПХВ "Республиканский центр по координации трансплантации и высокотехнологичных медицинских услуг".

      27. При выявлении на уровне ПМСП пациента с ХБП 4-5 стадии, нуждающегося в ЗПТ, КОНП направляет его в плановом или экстренном порядке в стационар, имеющий нефрологические койки, где проводится МДГ с участием КОНП стационара.

 **Параграф 4. Порядок организация оказания заместительной почечной терапии**

      28. Обеспечение индивидуального подхода и выбора методов диагностики, тактики лечения и динамического наблюдения, мониторинг эффективности лечения пациентов с заболеваниями почек на ЗПТ проводится профильным специалистом на районном, городском, областном, республиканском уровнях и в научных организациях, независимо от форм собственности.

      29. ЗПТ при ОПП проводится в круглосуточном стационаре по показаниям в соответствии с КП и настоящим Стандартом.

      30. Показания для экстренного проведения внепочечного очищения крови у пациентов с ОПП, показатели адекватности процедур ЗПТ при ОПП, показания для проведения продолженных методик ЗПТ регламентированы КП и настоящим Стандартом.

      31. Перевод пациентов с ОПП стадиями L, E (RIFLE) (Райфл) из стационара с круглосуточным наблюдением на ЗПТ в стационарозамещающих условиях производится по заключению МДГ, в соответствии с критериями КП и настоящим Стандартом.

      32. Ежемесячно ОД и (или) ЦД осуществляет мониторинг функции почек пациентов с ОПП, переведенных из стационарных условий в стационарозамещающие условия до восстановления функции почек. При стойкой утрате функции почек повторным решением МДГ пациент переводится на ЗПТ.

      33. Экстренная и плановая госпитализация пациентов с ХБП для решения вопроса проведения ЗПТ осуществляется в круглосуточном стационаре в соответствии с пунктом 46 настоящего Стандарта.

      34. Решение о проведении экстренной процедуры ЗПТ пациентам с ОПП и ХБП 5 стадией принимает врач-нефролог ОД и (или) ЦД, врач реаниматолог-анестезиолог в соответствии с пунктами 44 и 47 настоящего Стандарта.

      35. Плановый отбор пациентов с ХБП 4-5 стадиями на ЗПТ осуществляется врачом нефрологом в составе МДГ и с показаниями, обозначенными в пункте 45 настоящего Стандарта.

      36. Пациенту с ХБП 5 стадией до начала ЗПТ врачом ПМСП или врачом ОД и (или) ЦД предоставляется информация о видах ЗПТ.

      37. ГД в ОД и (или) ЦД проводится стандартно не менее 12 часов в неделю, увеличение или уменьшение кратности процедур осуществляется в соответствии с показаниями, определенными в пункте 49 настоящего Стандарта.

      38. ПД проводится самим пациентом на уровне стационара на дому, под контролем врача нефролога ОД и (или) ЦД. Программа ПД – не менее 4 обменов в сутки в соответствии с КП.

      Мониторинг состояния пациентов региона, получающих ПД проводит ОД и (или) ЦД, определенное уполномоченным органом.

      39. Прием пациента в ОД и (или) ЦД осуществляется при наличии результатов обследования на вирусы гепатитов С, В, данных вакцинации и (или) ревакцинации при гепатите В.

      40. Пациенты, получающие ПАПД и (или) АПД амбулаторно на дому, проходят регулярное клинико-диагностическое обследование по месту прикрепления, обеспечиваются необходимыми расходными материалами, медицинскими изделиями (далее – МИ) в ОД и (или) ЦД, в соответствии с КП ХБП. Лекарственными средствами пациенты, получающие ПАПД и (или) АПД, обеспечиваются по месту прикрепления согласно приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 августа 2021 года № ҚР ДСМ-89 "Об утверждении правил обеспечения лекарственными средствами и медицинскими изделиями в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, а также правил и методики формирования потребности в лекарственных средствах и медицинских изделиях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 24069).

      41. Ведение, мониторинг состояния пациента и адекватности ПАПД и (или) АПД осуществляет врач нефролог ОД и (или) ЦД согласно КП.

      42. Пациенты с осложнениями ПАПД и (или) АПД терапии, подлежат госпитализации в стационарных условиях.

      43. Эффективность ЗПТ оценивается достигнутыми целевыми показателями в соответствии с пунктами 51 и 52 настоящего Стандарта.

      44. Осложнения, не поддающиеся коррекции консервативными методами, при которых показано начало ЗПТ:

      1) перегрузка объемом и (или) гипертензия;

      2) гиперкалиемия;

      3) метаболический ацидоз;

      4) рефрактерная анемия;

      5) неконтролируемая гиперфосфатемия;

      6) быстрая потеря веса и ухудшение нутриционного статуса.

      45. Показанием к плановому переводу на программную заместительную почечную терапию является уровень скорости клубочковой (гломерулярной) фильтрации (далее – СКФ):

      1) СКФ≤ 6 мл/мин является абсолютным показанием для начала терапии;

      2) СКФ <10 мл/мин – при наличии одного и более симптомов уремии: неконтролируемая гипергидратация и отеки, неконтролируемая гипертензия, прогрессивное нарушение нутритивного статуса и кислотно-основного состояния;

      3) СКФ ≤ 20 мл/мин – у пациентов высокого риска, (неконтролируемые отеки, при диабетической нефропатии и нефротическом синдроме, пациенты с низкой сердечной фракцией, коморбидными состояниями).

      Пациентам с анурией или олигурией (диурез <600 мл/сутки) рекомендуется проводить сеансов ГД не менее 3 раз в неделю с общим эффективным диализным временем более 720 минут.

      Пациентам с суточным диурезом >600 мл рекомендуется в индивидуальном порядке рассмотреть возможность начать лечение ГД с уменьшением частоты сеансов (1-2 раза в неделю) и/или общего эффективного диализного времени (240-690 минут в неделю).

      46. Экстренная госпитализация пациента в стационар с наличием диализных аппаратов, а при отсутствии стационара в регионе - в ОД и (или) ЦД для проведения ЗПТ осуществляется в соответствии с Правилами оказания медицинской помощи в стационарных условиях, утвержденных приказом министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 марта 2022 года №27 "Об утверждении Стандарта оказания медицинской помощи в стационарных условиях в Республике Казахстан" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 27218).

      47. Абсолютными показаниями к экстренной заместительной почечной терапии у пациентов с ХБП 4-5 стадии и/или подозрением на ОПП являются:

      1) мочевина сыворотки крови свыше 37,5 ммоль/л, снижение СКФ <5 мл/мин (у пациентов сахарным диабетом – при СКФ <10 мл/мин);

      2) некорригируемая гиперкалиемия свыше 6,5 ммоль/л с характерными изменениями на ЭКГ;

      3) гипермагнезиемия>4 ммоль/л с анурией и отсутствием глубоких сухожильных рефлексов;

      4) рН (пиаш) крови менее 7,15;

      5) гиперволемия, нечувствительная к диуретикам;

      6) угрожающие клинические проявления в виде отека головного мозга и легких, уремическое коматозное или предкоматозное состояние, клинические проявления уремической энцефалопатии, уремического перикардита, плеврита, синдрома уремической кровоточивости, постоянной рвоты, анемии уремического генеза, не поддающейся терапии эритропоэтинами, массивных отеков, резистентных к диуретикам, анасарке, прогрессивном снижении массы тела.

      48. Относительными показаниями к экстренной заместительной почечной терапии у пациентов с ОПП являются:

      1) повышение креатинина крови на 26 мкмоль/л в течение 48 часов и/или в 1,5 и более раза от исходного в течение 7 дней (при отсутствии данных ориентироваться на базальный креатинин согласно КП);

      2) диурез менее 0,5 мл/кг/ч за 6 часов;

      3) снижение СКФ в 2 раза от исходной;

      4) беременные, роженицы и женщины в послеродовом периоде с прогрессивным нарастанием креатинина и мочевины.

      При наличии преэклампсии с поражением почек беременные и роженицы госпитализируются в отделение акушерства и гинекологии многопрофильного стационара, в котором предусмотрена возможность проведения ЗПТ, в том числе при необходимости – проведение ЗПТ ежедневно

      Все состояния подтверждаются лабораторно-инструментальными данными.

      У пациентов с неподтвержденным диагнозом ХБП и/или подозрением на ОПП корректируется доза, частота и длительность процедур ГД/ГДФ по величине СКФ, измеренной по клиренсу мочевины, и ее динамики, применяется тактика постепенного увеличения интенсивности диализной терапии с тщательным клиническим мониторированием клиренса мочевины и диуреза, и пропорционального увеличения частоты/длительности процедур, с целью создания условий для восстановления функции почек и прекращения диализной терапии.

      49. Показания к внеочередному гемодиализу или оГДФ:

      1) медикаментозно некорригируемая гиперфосфатемия;

      2) неконтролируемые отеки (гипергидратация) и гипертензия;

      3) индикатор качества диализа (далее – Kt/V) <1,0 при 12 часовом гемодиализе в неделю и отсутствии других причин недодиализа (недостаточность сосудистого доступа, рециркуляция, технические неполадки аппаратов "Искусственная почка"). Kt/V – индекс диализной дозы степени очистки, где К – фактический клиренс диализатора по мочевине (в мл/мин), t – время гемодиализа (в мин), V – объем распределения мочевины (в мл) синдром, который развивается вследствие быстрого (часы-дни) снижения скорости клубочковой фильтрации, приводящей к накоплению азотистых (включая мочевину, креатинин) и неазотистых продуктов метаболизма (с нарушением уровня электролитов, кислотно-щелочного равновесия, объема жидкости), экскретируемых почками;

      4) беременность с ХБП V стадией (весь период беременности ГД или оГДФ 6 раз в неделю).

      50. Абсолютные и относительные противопоказания к ЗПТ – в соответствии с КП.

      51. Показателями адекватности процедур программного диализа при ХБП 5 стадии являются средний индекс адекватности гемодиализа kt/v >1,3 за месяц при ПГД или недельный kt/v >2,0 при ПАПД или АПД в соответствии КП ХБП, а также летальность первого года среди пациентов, получающих ПГД и постоянный ПД, не более 10%.

      Данные показатели не учитываются у пациентов, вновь начавших диализное лечение (менее 3 месяцев).

      52. Показателями адекватности лечения осложнений ХБП 5 стадии у пациентов, получающих ЗПТ, являются следующие показатели:

      1) гемоглобин – выше 100 г/л в сочетании с ферритином не менее 100 мкг/л, процентом насыщения трансферрина – 30-40%, процентом гипохромных эритроцитов менее 2,5% и нормальным уровнем сывороточного железа;

      2) фосфор сыворотки крови – не более 1,78 ммоль/л;

      3) паратгормон в сыворотке крови – 150-300 пг/мл;

      4) сывороточный альбумин – не ниже 35 грамм/л;

      5) общий кальций – 2,10 – 2,54 ммоль/л.

      Данные показатели не учитываются у пациентов, впервые начавших диализное лечение (менее 3 месяцев).

      53. ОД в составе многопрофильных клиник оказывает специализированную медицинскую помощь в экстренном и плановом порядке. ЦД предоставляет специализированную медицинскую помощь в плановом порядке и экстренном порядке.

      54. Функции ОД и (или) ЦД:

      1) проведение ЗПТ пациентам с ХБП 5 стадии, с ОПП классами L, E (RIFLE) (Райфл) в соответствии с уровнем оказываемой медицинской помощи и КП;

      2) информирование пациента о видах ЗПТ;

      3) обеспечение временного доступа для проведения диализа, в том числе перманентного катетера;

      4) формирование постоянного сосудистого доступа при необходимости;

      5) введение и подбор программы ГД и (или) ПД пациенту с ХБП 5 стадии;

      6) оказание консультативной помощи МО в амбулаторных условиях в вопросах диагностики и лечения заболеваний почек в соответствии с графиком работы ОД и (или) ЦД;

      7) обеспечение наличия ИС с акцентом на целевые индикаторы согласно приложению 2 "Индикаторы качества диализа (гемодиализ, перитонеальный диализ)" к настоящему Стандарту;

      8) участие в формировании и ведении регистра потенциальных реципиентов органов, а также в обеспечении забора крови с целью обследования по системе HLA (Эйч Эль Эй) - типирования первичных пациентов и мониторинга уровня лейкоцитарных антител у лиц, стоящих в регистре потенциальных реципиентов;

      9) заключение договора в рамках субподрядных отношений для транспортировки пациентов при осуществлении субподряда;

      10) оформление карты диализной процедуры и выписного эпикриза согласно приложению 2, выдача выписного эпикриза на руки пациенту, в поликлинику по месту прикрепления, с прикреплением в ИС;

      11) заполнение ИС с закрытием истории болезни пациента, получающего ПАПД на уровне стационара на дому.

      55. Планирование новых ОД и (или) ЦД производится с учетом расстояния между действующими ОД и (или) ЦД, потребностей в ЗПТ и численности населения региона, под контролем МИО.

      Количество аппаратов в ОД/ЦД не менее двух и не более двадцати, и один резервный аппарат на 10 работающих.

      56. Требования к набору и площадям помещений ОД и (или) ЦД, организация диализной помощи пациентам, в том числе с парентеральными вирусными гепатитами, осуществляется в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 августа 2020 года № ҚР ДСМ-96/2020 "Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21080) и в соответствии с требованиями государственных нормативов в области архитектуры, градостроительства и строительства.

      57. Требования к подготовке жидкостей для гемодиализа, качеству растворов для гемодиализа и системам для очистки крови реализуются согласно действующего законодательства в области стандартизации.

 **Параграф 5. Порядок организации оказания нефрологической помощи в стационарных условиях**

      58. Для оказания специализированной помощи пациентам с заболеваниями почек на уровне круглосуточного стационара предусмотрены нефрологические отделения/нефрологические койки в составе многопрофильного стационара с проведением лабораторного, инструментального обследования и лечения в соответствии с КП.

      59. Экстренная, неотложная и плановая специализированная нефрологическая помощь пациентам оказывается МО, имеющими государственную лицензию на медицинскую деятельность по специальности "Нефрология (взрослая, детская)" независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности.

      60. Многопрофильные больницы (детские, взрослые) на межрайонном, городском, областном уровнях, городах республиканского значения и научных организациях, независимо от форм собственности, оказывают ЗПТ пациентам с ОПП и ХБП специализированными методами лечения (программный гемодиализ, ПАПД, АПД, оГДФ, УФ, гемофильтрация, плазмаферез) в условиях отделения анестезиологии и реанимации.

      61. Плановая и экстренная госпитализация пациентов с заболеваниями почек, нуждающихся в проведении ЗПТ в условиях круглосуточного стационара, в отделения нефрологии или/и гемодиализа независимо от формы собственности, осуществляется через портал – Бюро госпитализации (далее – Портал) или по линии скорой медицинской помощи, самообращению, независимо от места жительства и места прикрепления в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС.

      В стационарных условиях проводятся:

      1) имплантация/реимплантация перитонеального катетера;

      2) формирование АВФ с использованием сосудистого протеза (аутовена, алловена, синтетический) (далее АВФ с СП), стент-графт, баллонная ангиопластика;

      3) ПТ пациентам при остром кризе отторжения у пациентов после трансплантации почек взрослым и детям в раннем или отдаленном посттрансплантационном периоде в соответствии с КП.

      62. Экстренной госпитализации подлежат пациенты, у которых имеется:

      1) повышение креатинина крови на 26 мкмоль/л в течение 48 часов и/или в 1,5 и более раза от исходного в течение 7 дней (при отсутствии данных ориентироваться на базальный креатинин согласно КП);

      2) диурез менее 0,5 мл/кг/ч за 6 часов;

      3) снижение СКФ в 2 раза от исходной;

      4) впервые выявленное нарушением функции почек (мочевина более 30 ммоль/л, креатинин более 300 мкмоль/л, калий более 6,5ммоль/л) или прогрессирующим нарастанием уровней креатинина, мочевины и калия крови, а также каждого из данных показателей изолированно (прирост мочевины в сутки более 5 ммоль/л, креатинина – более 88-177 мкмоль/л, калия – более 0,5 ммоль/л);

      5) олигурия или анурия более 24 часов;

      6) перенесенное ОПП в анамнезе при возникновении или обострении хронического заболевания почек;

      7) беременные, роженицы и женщины в послеродовом периоде с патологией почек. При наличии преэклампсии с поражением почек, беременные и роженицы госпитализируются в отделение акушерства и гинекологии многопрофильного стационара, в котором предусмотрена возможность проведения ЗПТ, в том числе– проведение ЗПТ ежедневно;

      8) пациенты, страдающие заболеваниями почек, с признаками сердечной, дыхательной недостаточности; инфекции; при прогрессирующем снижении или патологическом наборе массы тела; резистентной к консервативной терапии гиперкалиемии, метаболическом ацидозе;

      9) пациенты с ХБП 5 стадии, получающие ЗПТ с нефункционирующим сосудистым доступом для установки временного сосудистого доступа и (или) повторного формирования постоянного сосудистого доступа;

      10) состояния, предусмотренные КП ХБП.

      63. Пациенты с первичными и вторичными заболеваниями почек для морфологической верификации диагноза, индукции, подбора и коррекции проводимой терапии, в том числе иммуносупрессивных препаратов, госпитализируются в плановом порядке для проведения нефробиопсии по показаниям.

      64. Оформление медицинской документации осуществляется в соответствии с формами первичной медицинской документации МО, утвержденными приказом № ҚР ДСМ-313/2020. После выписки информация о пациенте передается в организацию ПМСП по месту прикрепления посредством ИС.

 **Глава 3. Штат работников организаций здравоохранения, оказывающих нефрологическую помощь**

      65. Штат работников организаций здравоохранения, оказывающих нефрологическую помощь населению, устанавливаются в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-205/2020 "Об утверждении минимальных нормативов обеспеченности регионов медицинскими работниками" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21679).

      66. В рамках ОД и (или) ЦД проведение процедур ЗПТ проводится профильным специалистом с курсом повышения квалификации в соответствии приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-303/2020 "Об утверждении правил дополнительного и неформального образования специалистов в области здравоохранения, квалификационных требований к организациям, реализующим образовательные программы дополнительного и неформального образования в области здравоохранения, а также правил признания результатов обучения, полученных специалистами в области здравоохранения через дополнительное и неформальное образование" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21847).

      67. Штатные нормативы медицинского персонала нефрологического кабинета МО:

      1) врач нефролог на 50 000 населения;

      2) медицинская сестра – 1 должность на 2 должности врача-нефролога;

      3) санитар (-ка) – 0,5 должности на кабинет.

      68. Штат отделения диализа (в составе многопрофильного стационара) включает:

      1) заведующий отделением (врач нефролог) - 1 должность на отделение;

      2) врач нефролог/врач диализного зала (с сертификатом нефролога) – 1 должность на 8 диализных мест в смену, не менее 1 должности на диализный зал/15 коек стационара; не менее 1 врача в смену;

      3) врач хирург - 1 должность на 60 пациентов;

      4) психолог – 1 должность на отделение;

      5) старшая медицинская сестра - 1 должность на отделение;

      6) медицинская сестра (диализного зала) с высшим или средним медицинским образованием по профилю "Сестринское дело" с курсом повышения квалификации по ЗПТ –1 должность на 4 диализных места в смену, но не менее 1 должности на диализный зал.

      7) медицинская сестра - 1 должность на 5 пациентов;

      8) медицинская сестра палатная - 1 круглосуточный пост на 12 коек;

      9) младшая медицинская сестра по уходу за пациентами - 1 круглосуточный пост 12 коек;

      10) сестра-хозяйка – 1 должность на отделение;

      11) санитар (-ка) - 1 должность на 8 гемодиализных мест в смену;

      12) санитарка - буфетчица – 2 должности на отделение;

      13) инженер – 1 должность на отделение;

      14) техник – 1 должность на отделение.

      69. Штат центра амбулаторного диализа включает:

      1) заведующий отделением (врач нефролог) - 1 должность на центр;

      2) врач нефролог – специалист оказывающий консультативно-диагностические услуги нефрологического профиля – от 25 до 75 пациентов;

      3) врач нефролог/врач диализного зала (с сертификатом нефролога) – 1 должность на 8 диализных мест в смену, не менее 1 должности на диализный зал; не менее 1 врача в смену;

      4) врач хирург - 1 должность на 60 пациентов;

      5) психолог – 1 должность на центр;

      6) старшая медицинская сестра - 1 должность на центр;

      7) медицинская сестра (диализного зала) с высшим или средним медицинским образованием по профилю "Сестринское дело" с курсом повышения квалификации по ЗПТ – 1 должность на 4 диализных места в смену, но не менее 1 должности на диализный зал.

      8) сестра-хозяйка – 1 должность на центр;

      9) санитар (-ка) - 1 должность на 8 гемодиализных мест в смену;

      10) санитарка -буфетчица – 2 должности на центр;

      11) инженер – 1 должность на центр;

      12) техник – 1 должность на центр.

 **Глава 4. Оснащение медицинскими изделиями организаций здравоохранения, оказывающих нефрологическую помощь**

      70. Основное оснащение медицинскими изделиями организаций здравоохранения, оказывающих нефрологическую помощь, осуществляется в соответствии с требованиями приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 октября 2020 года № КР ДСМ-167/2020 "Об утверждении минимальных стандартов оснащения организаций здравоохранения медицинскими изделиями" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21560).

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 1 к Стандартуорганизации оказаниянефрологической помощи населениюРеспублики Казахстан |
|   | Форма |

 **Заключение мультидисциплинарной группы (МДГ)**

      Наименование МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Информация о пациенте

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. ИИН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Домашний адрес, контактные телефоны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. ПМСП прикрепления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Поступил в МО: планово по направлению ПМСП, самообращение, экстренно

(нужное подчеркнуть)

5. Диагноз:

А) Основной: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Б) Фоновое заболевание:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В) Сопутствующие заболевания:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Дата заболевания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Дата обращения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Вес \_\_\_\_\_\_, кг; возраст \_\_\_\_\_\_, годы; пол\_\_\_\_\_\_; уровень креатинина \_\_\_\_\_\_\_

СКФ \_\_\_\_\_\_ мл/мин;

Объем суточного диуреза на момент начала ЗПТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Наличие показаний для планового начала ЗПТ (нужное подчеркнуть):

1) СКФ≤ 6 мл/мин;

2) СКФ <10 мл/мин – при наличии одного и более симптомов уремии:

неконтролируемая гипергидратация и отеки, неконтролируемая гипертензия,

прогрессивное нарушение нутритивного статуса и кислотно-основного состояния;

3) СКФ ≤ 20 мл/мин – у пациентов высокого риска, (неконтролируемые отеки,

при диабетической нефропатии и нефротическом синдроме, пациенты с низкой

сердечной фракцией, коморбидными состояниями).

мочевина сыворотки крови свыше 30 ммоль/л и/или снижение СКФ ниже 5 мл/мин /

1,73м2 (у больных сахарным диабетом ниже 20 мл/мин/1,73 м2); рН капиллярной

крови менее 7,2 стандартного бикарбоната ниже 20 ммоль/л, дефицита буферных

оснований меньше - 10 ммоль/л; гиперкалиемия свыше 6,5 ммоль/л;

анурия более 24 часов.

8. Наличие показаний для экстренной заместительной почечной терапии

(нужное подчеркнуть):

1) мочевина сыворотки крови свыше 30 ммоль/л, снижение СКФ <5 мл/мин

(у пациентов сахарным диабетом – при СКФ <10 мл/мин);

2) некорригируемая гиперкалиемия свыше 6,5 ммоль/л;

3) анурия более 12-24 часов у пациентов;

4) угрожающие клинические проявления в виде отека головного мозга и легких,

уремическое коматозное или предкоматозное состояние, клинические проявления

уремической энцефалопатии, уремического перикардита, плеврита, синдрома

уремической кровоточивости, постоянной рвоты, анемии уремического генеза,

не поддающейся терапии эритропоэтинами, массивных отеков, резистентных

к диуретикам, анасарке, прогрессивном снижении массы тела. Все состояния

подтверждаются лабораторно-инструментальными данными;

9. Вид ЗПТ (нужное подчеркнуть):

Гемодиализ 3 раза в неделю/2 раза в неделю//1 раз в неделю;

Перитонеальный диализ;

Трансплантация почки

Все состояния подтверждаются лабораторно-инструментальными данными.

10. Пациент ознакомлен со списком ОД/ЦД, утвержденный УОЗ:

Да/нет (нужное подчеркнуть)

11. Наименование ОД/ЦД, которое выбрал пациент:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО (при его наличии) главного врача МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

ФИО (при его наличии) врача-нефролога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

Члены МДГ:

ФИО (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

ФИО (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П. Дата заполнения "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Примечание: заключение прикрепляется в ИС и отправляется в ФСМС

по электронной почте в течение 3х рабочих дней

Примечание:

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

МО – медицинская организация

МДГ-мультидисциплинарная группа

СКФ – скорость клубочковой фильтрации

ОД/ЦД – отделение диализа/центр диализа

ЗПТ – заместительная почечная терапия ммоль/л - милимоль на литр

ИС-информационная система

ФСМС – НАО "Фонд социального медицинского страхования"

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 2 к Стандартуорганизации оказаниянефрологической помощив Республике Казахстан |

 **Индикаторы качества диализа (гемодиализ, перитонеальный диализ)**

      Индикаторы качества диализной терапии:

      1. Сывороточный альбумин

|  |  |
| --- | --- |
|
Сывороточный альбумин, г/л |
Количество пациентов |
|
<35 |
35-40 |
>40 |
Итого |
|
Январь-Июнь,% |  |  |  |  |
|
Июль-Декабрь,% |  |  |  |  |

      В этот критерий не входят пациенты, вновь начавшие диализное лечение (менее 3 месяцев). Средний показатель 6-месячных измерений альбумина ниже 35 г/л – не более 25%.

      2. Гемоглобин

|  |  |
| --- | --- |
|
Гемоглобин, г/л |
Количество пациентов |
|
<100  |
100-115 |
>115  |
Итого |
|
Январь-Июнь,% |  |  |  |  |
|
Июль-Декабрь,% |  |  |  |  |

      Средний показатель 6-месячных измерений гемоглобина составляет в пределах 100 – 115 г/л при назначении препаратов ЭПО, при этом количество пациентов с уровнем гемоглобина ниже 100 г/л не более - 20%, менее 115 г/л – у менее, чем 40% пациентов. В этот критерий не входят пациенты, вновь начавшие диализное лечение (менее 3 месяцев).

      3. Фосфор

|  |  |
| --- | --- |
|
Уровень фосфора, ммоль/л (мг/дл) |
Количество пациентов |
|
<1,13 (<3,5) |
1,13-1,78 (3,5-5,5) |
>1,78 (>5,5) |
Итого |
|
Январь-Июнь,% |  |  |  |  |
|
Июль-Декабрь,% |  |  |  |  |

      Средний показатель 6-месячных измерений фосфора составляет в пределах 1.13 – 1.78 ммоль/л, при этом количество пациентов с уровнем фосфора выше 1.78 ммоль/л не более - 35%. В этот критерий не входят пациенты, вновь начавшие диализное лечение (менее 3 месяцев).

      4. Общий кальций

|  |  |
| --- | --- |
|
Уровень ионизированного кальция, ммоль/л |
Количество пациентов |
|
<2,10  |
2,10 – 2,54  |
> 2,54 |
Итого |
|
Январь-Июнь,% |  |  |  |  |
|
Июль-Декабрь,% |  |  |  |  |

      Средний показатель 6-месячных измерений ионизированного кальция составляет 2,10 – 2,54 ммоль/л, при этом количество пациентов с уровнем ионизированного кальция выше или ниже этого диапазона не более – 35 %. В этот критерий не входят пациенты, вновь начавшие диализное лечение (менее 3 месяцев).

      5. Интактный Паратгормон (иПТГ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|
Уровень иПТГ, пмоль/л |
Количество пациентов |  |
|
<150  |
150-300  |
300-600 |
>600 |
Итого |
|
Январь-Июнь,% |  |  |  |  |  |
|
Июль-Декабрь,% |  |  |  |  |  |

      Средний показатель 6-месячных измерений иПТГ составляет в пределах 150 – 300 пмоль/л, при этом количество пациентов с уровнем иПТГ выше 300 пмоль/л не более – 35 %, более 600 – не более 20 %. В этот критерий не входят пациенты, вновь начавшие диализное лечение (менее 3 месяцев). Пациенты, резистентные к медикаментозной терапии в течение 3х месяцев с ПТГ выше 1000 пмоль/л направляются на паратиреоидэктомию – хирургический метод лечения третичного гиперпаратиреоза при хронической болезни почек путем удаления одной или нескольких паращитовидных желез в случае отсутствия эффекта от консервативной терапии.

      6.Сосудистый доступ: АВФ или АВ-стент

|  |  |
| --- | --- |
|
Вид сосудистого доступа на ГД или оГДФ |
Количество пациентов |
|
Постоянный СД: АВФ или АВШ |
Перманентный катетер |
Временный катетер |
Итого |
|
Январь-Июнь,% |  |  |  |  |
|
Июль-Декабрь,% |  |  |  |  |

      Количество пациентов с АВФ или АВШ составляет более 70% при отсутствии противопоказаний к формированию сосудистого доступа. Количество пациентов с перманентным катетером не более – 25 %, с кратковременным нетуннельным катетером – не более 5 %. В этот критерий не входят пациенты, вновь начавшие диализное лечение (менее 3 месяцев).

      7. Гепатиты B и C

      Средний 6-месячный показатель прироста пациентов с HBsAg (+) и anti-HCV (+) не более 5 %, за исключением вновь взятых пациентов.

      8. Kt/V мочевина (гемодиализ)

|  |  |
| --- | --- |
|
KT/V мочевина |
Количество пациентов |
|
≥1.3 |
1,3 - 1,4 |
>1,4 |
Итого |
|
Январь-Июнь,% |  |  |  |  |
|
Июль-Декабрь,% |  |  |  |  |

      Средний показатель измерений Kt/V - не ниже 1.3 (≥1.2) для пациентов на ГД и (или) оГДФ, и не превышает 30%, Kt/V - >1,4 составляет не менее, чем у 70%. В этот критерий не входят пациенты, вновь начавшие лечение с ГД (менее 3 месяцев), с проблемным сосудистым доступом, пожилые, пациенты с гипотензией, пониженным нутриционным статусом (низким весом). Kt/V рассчитывается по формуле Daugirdas-2 или непосредственно на аппарате "искусственной почки" во время процедуры посредством "монитора клиренса". Данный фракционный клиренс рассчитывается как произведение клиренса диализатора (K мл/мин) на время (t – длительность диализа), разделенного к объему распределения мочевины (V).

      9. Kt/V мочевина (перитонеальный диализ)

|  |  |
| --- | --- |
|
KT/V мочевина |
Количество пациентов |
|
<1.7  |
1.7-2.0  |
>2.0  |
Итого |
|
Январь-Июнь,% |  |  |  |
|
Июль-Декабрь,% |  |  |  |

      Рассчитывается недельное значение общих показателей перитонеальной и резидуальной почечной KT/V. Общий объем жидкости тела рассчитывается по формуле Ватсона. Количество пациентов с общим KT/V ниже 1,7 не допускается превышения 40%.

      Примечание: Ежеквартально отчет направляется в МИО и ФСМС. расшифровка аббревиатур: ЭПО – эритропоэтин иПТГ – интактный паратгормон ПТГ – паратгормон АВФ – артерио-венозная фистула АВ – артериовенозный ГД – гемодиализ оГДФ – онлайн гемодиафильтрация СД – сосудистый доступ АВШ – артерио-венозный шунт

 **А. Карта диализных процедур:**

      Название диализного центра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регион \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО, пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата начала программного диализа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

сухой вес\_\_\_\_\_\_кг

Режим: \_\_\_\_\_\_\_ кратность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диализат:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Способ подключения: A-Vфистула, протез , катетер (временный, перманентный)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
Дата |  |  |  |  |  |  |  |
|
№ диализа |  |  |  |  |  |  |  |
|
Время начала |  |  |  |  |  |  |  |
|
Время окончания |  |  |  |  |  |  |  |
|
Тип диализатора |  |  |  |  |  |  |  |
|
Скорость кровотока мл/мин |  |  |  |  |  |  |  |
|
Прибавка в весе,кг |  |  |  |  |  |  |  |
|
УФ (л) |  |  |  |  |  |  |  |
|
Вес до ГД |  |  |  |  |  |  |  |
|
Вес после ГД |  |  |  |  |  |  |  |
|
Кондуктивность (Na) № раствора |  |  |  |  |  |  |  |
|
Артериальное давление мм.рт.ст |
До ГД |  |  |  |  |  |  |  |
|
1 |  |  |  |  |  |  |  |
|
2 |  |  |  |  |  |  |  |
|
3 |  |  |  |  |  |  |  |
|
4 |  |  |  |  |  |  |  |
|
После ГД |  |  |  |  |  |  |  |
|
Антикоагулянт |  |  |  |  |  |  |  |
|
Осложнения |  |  |  |  |  |  |  |
|
Медикаменты дополнительные |  |  |  |  |  |  |  |
|
Врач |  |  |  |  |  |  |  |
|
Медсестра |  |  |  |  |  |  |  |

 **Б. Выписной эпикриз:**

      Центр диализа/отделение диализа:

Название центра

Период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент: Фамилия, имя отчество (при его наличии)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Организация прикрепления ПМСП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата начала программного диализа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз:

Код МКБ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ карты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жалобы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Анамнез жизни: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Анамнез заболевания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Объективный статус: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Интрадиализные проблемы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сухой вес: \_\_\_\_\_ кг Средняя междиализная прибавка: \_\_\_\_\_ кг

Среднемесячный индекс адекватности диализа kt/v\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диализная программа

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
Дата |
Диали затор |
Диали зат |
Эпоэтин |
Преапарат железа |
Антикоагулянт |
Скорость кровотока |
По-ток |
АД до и после ГД/ГДФ |
Время (мин) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Сосудистый доступ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата установки)

Гемодинамика:

додиализное АД \_\_\_\_ синдиализное АД \_\_\_\_\_\_, постдиализное АД \_\_\_\_\_\_\_\_ мм.рт.ст.

Дополнительная медикаментозная терапия:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Госпитализация: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обследования диагностические: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Результаты лабораторных исследований:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|
Название теста |
До диализа |
После диализа |
Дата проведения |
|
гемоглобин |  |  |  |
|
сывороточный альбумин |  |  |  |
|
общий кальций |  |  |  |
|
глюкоза |  |  |  |
|
креатинин |  |  |  |
|
мочевина |  |  |  |
|
паратгормон |  |  |  |
|
калий/натрий |  |  |  |
|
фосфор |  |  |  |
|
сывороточное железо |  |  |  |
|
ферритин |  |  |  |
|
трансферин |  |  |  |
|
процент гипохромных эритроцитов |  |  |  |
|
коагулограмма |  |  |  |
|
ИФА HCV |  |  |  |
|
HBsAg |  |  |  |
|
С-реактивный белок |  |  |  |
|
Реакция Вассермана |  |  |  |
|
ВИЧ |  |  |  |

      Заключение:

(проводится анализ индикаторов качества гемодиализной терапии, причины

недостижения целевых показателей, обоснование изменения программы диализа,

дозы и кратности лекарственных препаратов)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендации (с указанием рекомендаций для врача ПМСП по ведению пациента

в междиализный период)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Лечащий врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО (при его наличии)

Зав. отделением :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО (при его наличии) (подписи)

М.П.

Дата

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 1 к приказу |

 **Перечень утративших силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан**

      1. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 февраля 2012 года № 86 "Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих нефрологическую помощь населению Республики Казахстан" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 7461).

      2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 19 марта 2013 года № 154 "О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 февраля 2012 года № 86 "Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих нефрологическую помощь населению Республики Казахстан" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 8404).

      3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 декабря 2013 года № 765 "Об утверждении стандарта организации оказания нефрологической помощи населению в Республике Казахстан" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 9144).

 © 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан» Министерства юстиции Республики Казахстан