

## Схема годового отчета по эндокринологии-диабетологии:

- I. Заявка на сахароснижающие препараты, заверенная главным врачом ЛПУ.
- II. Сведения о кадрах; обеспеченность района врачами-эндокринологами (таблица 1,2).
- III. Материально-техническая база (в соответствии с Приказом МЗ РФ от 12.11.2012 N 899н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»)
- IV. Организационно-методическая работа (конференции, семинары, методические рекомендации и т.п.); санитарно-просветительная работа (выступления, статьи в газету, лекции и т.п.); отчет о работе школы самоконтроля (если ведется отчет о работе школы).
- V. Показатели работы врача (таб. 3).
- VI. Характеристика больных сахарным диабетом (таб. 4-8).
- VII. Список умерших больных, с указанием причины (таб. 9).
- VIII. Список детей и подростков, больных сахарным диабетом (таб. 10).
- IX. Список взрослых пациентов находящихся на помповой инсулинотерапии (табл. 11)
- X. Движение диспансерных больных (таб. 12). Обязательно указать пациентов с несахарным диабетом.
- XI. Перечень обследований в ЛПУ (таб. 13).
- XII. Регистр больных с ОГГО (акромегалией), гиперпаратиреозом (первичным), гипопаратиреозом, медулярным раком щитовидной железы (приложение 14).
- XIII. Заявка на оказание ВМП больным с эндокринной патологией, с указанием профиля ВМП.
- XIV. Указать количество телемедицинских консультаций за отчетный год (АОКБ, федеральной клиники) с указанием ФИО диагноз.
- XV. Мероприятия по йодной профилактике
- XVI. Предложения.

# ЗАЯВКА

на сахароснижающие препараты на \_\_\_\_\_ год.

\_\_\_\_\_  
(наименование ЛПУ)

% п/п	Наименование препарата	Количество больных, нуждающихся в лекарственных препаратах				Потребность в лекарственных препаратах			
		Всего	в том числе инвалидов	Отказ от льготы	Региональная льгота	Всего	в том числе инвалидов	Отказ от льготы	Региональная льгота
1.									
2.									
3.									

В заявке препараты по МНН, препараты с одинаковым МНН должны быть объединены в одну строку, обязательно указать потребность в тест полосках, расходных материалах для помпы, иглах (отдельно дети и взрослые)!

Главный врач

\_\_\_\_\_ ФИО

(подпись)

Печать ЛПУ



**Список умерших больных с сахарным диабетом  
(на отдельном листке)**

**Таблица 9**

ФИО	Причина смерти (как указана в медицинском свидетельстве о смерти)
1.	А I 50.1 Левожелудочковая недостаточность Б I 22.8 Повторный инфаркт миокарда В E 11.5 Инсулиннезависимый сахарный диабет с нарушениями периферического кровообращения
2.	
3.	

**Список детей и подростков, больных сахарным диабетом  
(на отдельном листке)**

**таблица 10**

ФИО	Год рождения	Адрес	Наименование и доза получаемых инсулинов	Наличие помпы, название, размер канюли	Глюкометр наименование	НМГ наименование
1.						
2.						
3.						

# Список взрослых на помповой инсулинотерапии (на отдельном листке)

Таблица 11

ФИО	Год рождения	Название помпы, размер канюли	Наличие инвалидности	Примечания
1.				
2.				
3.				



# Перечень обследований в ЛПУ

таблица 13

Лабораторное и инструментальное обследование в поликлинике <b>бесплатно</b> для пациента (отметить)	да/нет	если нет, указать куда направляется	срок и ожидания проведения (указать)	сроки ожидания результата (указать)
- глюкоза	да / нет			
- гликированный гемоглобин (HbA1C)	да / нет			
- креатинин крови	да / нет			
- кетоновые тела в моче	да / нет			
- МАУ	да / нет			
- альбумин/креатинин	да / нет			
- кальций общий	да / нет			
- фосфор	да / нет			
- альбумин	да / нет			
- ТТГ, свТ4	да / нет			
- другие гормоны и антитела (указать антитела к ТПО., кортизол, тиреоглобулин, паратиреоидный гормон, соматотропный гормон, ФСГ, прогестерон, паратгормон, альдостерон)	да / нет			
- УЗИ щитовидной железы (если да, указать применяется ли классификация TIRADS _да / нет / не всеми врачами УЗИ )	да / нет			
- ТАБ щитовидной железы (если да, указать применяется ли классификация Bethesda _да / нет _)	да / нет			
- УЗ дуплексное сканирование артерий нижних конечностей	да / нет			
Консультации специалистов в поликлинике <b>бесплатно</b> для пациента (отметить)	да / нет	если нет, указать МО, куда направляется	сроки ожидания проведения (указать)	
- осмотр окулиста (если да, указать проводится ли осмотр в условиях мидриаза __да/нет/не всегда )	да / нет			
- осмотр невролога	да / нет			
Проведение исследований <b>бесплатно</b> для пациента (отметить)				
- МСКТ	да / нет			



# Приложение 14

- **Сведения о пациентах необходимых для заполнения регистров: гиперпаратиреоза, гипопаратиреоза, МРЖЩ, несахарного диабета, акромегалии**

**Схема годового отчета по эндокринологии-  
диабетологии размещена на сайте АМИАЦ**

**Уткина Наталья Викторовна +7 924 842 84 52  
utkinanatavic@yandex.ru**