



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

03 НОЯ 2015

№ 1722-П

г. Екатеринбург

О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 31.03.2015 № 391-п «Об организации исследования гликированного гемоглобина больным сахарным диабетом в Свердловской области»

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 № 899н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Эндокринология», в целях совершенствования оказания медицинской помощи больным сахарным диабетом в Свердловской области, обеспечения доступности и качества оказания медицинской помощи

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 31.03.2015 № 391-п «Об организации исследования гликированного гемоглобина больным сахарным диабетом в Свердловской области» (далее приказ) следующие изменения:

- 1) пункт 1 приказа дополнить подпунктами 3 и 4 следующего содержания:
«3) бланк направления образца крови (Приложение № 3);
4) бланк путевого листа (Приложение № 4).»;

2) Приложение № 1 к приказу «Положение об организации исследования гликированного гемоглобина больным сахарным диабетом на территории Свердловской области» изложить в новой редакции (Приложение № 1);

3) Приложение № 2 к приказу «Перечень государственных бюджетных учреждений здравоохранения Свердловской области, производящих исследование гликированного гемоглобина на территории Свердловской области и прикрепленные к ним территории» изложить в новой редакции (Приложение № 2).

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Свердловской области Е.С. Жолобову.

И.о. Министра

Н.Н. Кивелева

**Положение об организации
исследования гликированного гемоглобина**

больным сахарным диабетом на территории Свердловской области

1. Настоящее Положение регулирует вопросы организации исследования гликированного гемоглобина больным сахарным диабетом в медицинских организациях Свердловской области.
2. Показания для контроля гликированного гемоглобина:
 - 1) Пациенты с сахарным диабетом с инсулинпотребностью – 1 раз в 3-4 месяца;
 - 2) Пациенты с сахарным диабетом без инсулинопотребности – 1 раз в 4-6 месяцев;
 - 3) Пациенты с подозрением на сахарный диабет – могут быть использованы в качестве дополнительного критерия диагностики (вместе с гликемией).
3. Гликированный гемоглобин определяется при наличии вышеуказанных показаний по направлению от врача-эндокринолога, врача-терапевта или врача общей врачебной практики, осуществляющих диспансерное наблюдение больных сахарным диабетом в медицинских организациях Свердловской области.
4. Пациент сдает венозную кровь, без учета времени последнего приема пищи, в медицинской организации по месту прикрепления для медицинского обслуживания. В работу принимается цельная стабилизированная венозная кровь, полученная с помощью одноразовых вакуумных систем. Размер пробирки 12х75 мм, объем крови должен совпадать с меткой на пробирке. Для исследования требуется не менее 1 мл крови. После получения, проба крови должна быть перемешана аккуратным переворачиванием пробирки не менее 5-7 раз. Хранение проб до транспортировки, а также в процессе транспортировки - при комнатной температуре.
5. Образец крови транспортируется в течение 1 рабочего дня в медицинские организации, выполняющие исследование, в соответствии с Приложением № 2. В исключительных случаях от момента забора до проведения исследования образец может храниться при комнатной температуре не более 5 суток. К образцу крови прилагается направление (приложение № 3 к настоящему приказу). Пробирки и направления маркируются. При передаче проб биологического материала водителю-экспедитору заполняется 1 путевой лист на всю партию образцов (приложение № 4 к настоящему приказу). При получении пробирок с биоматериалом и направлений экспедитор сверяет их количество. Транспортировка проб крови должна осуществляться с соблюдением санитарно-эпидемиологических требований.

6. В случае нарушения условий забора, маркировки или транспортировки, принимающая медицинская организация вправе отказать в принятии проб крови в работу.
7. Результаты исследования передаются экспедитору направившей медицинской организации при следующей доставке биоматериала.
8. Медицинские организации, не указанные в приложении №2, могут проводить исследование на гликированный гемоглобин своему прикрепленному населению при условии использования метода, соответствующего критериям точности и воспроизводимости полученных результатов (CV менее 3,0%), имеющего регистрационное удостоверение Министерства здравоохранения Российской Федерации, международную сертификацию (NGSP или IFCC) и стандартизированного в соответствии с референсными значениями, принятыми в Diabetes Control and Complication Trial (DCCT): референсный диапазон HbA1c до 6,0%, – в соответствии с Российскими клиническими рекомендациями 2015 года «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом».
9. Все лаборатории медицинских организаций при выдаче результата исследования в обязательном порядке отражают на бланке референсный диапазон и методику, которая использовалась при определении гликированного гемоглобина. В случае отсутствия этих данных на бланке с результатом, консультант-эндокринолог медицинской организации вправе не учитывать данный результат и повторить анализ в лаборатории другой медицинской организации.
10. Все учреждения здравоохранения, проводящие данное исследование, должны ежегодно участвовать в Федеральной системе внешней оценки качества (ФСВОК) по разделу «гликированный гемоглобин». Результаты внешней оценки качества необходимо предоставлять главному внештатному специалисту по клинической лабораторной диагностике Министерства здравоохранения Свердловской области Д.А. Мазеину на электронный почтовый ящик mazein@okb1.ru не реже 1 раза в год.
11. Результаты гликированного гемоглобина вносятся в государственный Регистр сахарного диабета ответственными лицами медицинских организаций (в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 27.04.2015 № 559-п «Об организации работы по совершенствованию ведения Регионального сегмента Государственного регистра больных сахарным диабетом в Свердловской области»).
12. Оплата за исследование (согласно номенклатуре – услуга А09.05.08) производится за счет средств обязательного медицинского страхования медицинским организациям, указанным в приложении № 2 к настоящему приказу, при условии выполнения исследования пациентам, не прикрепленным для медицинского обслуживания в данной организации.

**Перечень государственных бюджетных учреждений здравоохранения
Свердловской области, производящих исследование гликированного
гемоглобина на территории Свердловской области и прикрепленные к
ним территории**

Медицинские организации, производящие стандартизированное исследование на гликированный гемоглобин	Территории, закрепленные за медицинскими организациями
СЕВЕРНЫЙ ОКРУГ	
ГБУЗ СО «Серовская городская больница»	Серовский городской округ Гаринский городской округ Новолялинский городской округ Верхотурский городской округ Сосьвинский городской округ
ГБУЗ СО «Краснотурьинская городская больница № 1»	Городской округ Краснотурьинск Волчанский городской округ Ивдельский городской округ Городской округ Пелым Североуральский городской округ Городской округ Карпинск
ВОСТОЧНЫЙ ОКРУГ	
ГБУЗ СО «Ирбитская центральная городская больница»	Муниципальное образование «город Ирбит» Ирбитское муниципальное образование Тавдинский городской округ Таборинский муниципальный район Байкаловский муниципальный район Слободо-Туринский муниципальный район Талицкий городской округ Тугулымский городской округ Пышминский городской округ Туринский городской округ
ГБУЗ СО «Алапаевская городская больница»	Муниципальное образование город Алапаевск Муниципальное образование Алапаевское Махневское муниципальное образование Артемковский городской округ Режевской городской округ
ЮЖНЫЙ ОКРУГ	
ГБУЗ СО «Городская больница № 3 город Каменск-Уральский»	г. Каменск-Уральский Каменский городской округ Богдановичский городской округ
ГБУЗ СО «Городская больница № 1 город Асбест»	Асбестовский городской округ Городской округ Малышево Городской округ Рефтинский

	Верхнее Дуброво Белоярский городской округ Муниципальное образование «поселок Уральский» Камышловский городской округ Камышловский муниципальный район Городской округ Сухой Лог
ЗАПАДНЫЙ ОКРУГ	
ГБУЗ СО "Городская больница город Первоуральск"	Городской округ Первоуральск Городской округ Староуткинск Шалинский городской округ
ГБУЗ СО «Ревдинская городская больница»	Городской округ Ревда Городской округ Дегтярск Нижнесергинский муниципальный район Бисертский городской округ
ГБУЗ СО «Красноуфимская районная больница»	Городской округ Красноуфимск Муниципальное образование Красноуфимский округ Ачитский городской округ Артинский городской округ
ГОРНОЗАВОДСКОЙ ОКРУГ	
ГБУЗ СО «Демидовская городская больница» (г. Нижний Тагил) и ГБУЗ СО «Городская больница № 4 город Нижний Тагил»	г. Нижний Тагил Горноуральский городской округ Городской округ ЗАТО поселок Свободный Верхнесалдинский городской округ Городской округ Нижняя Салда Кушвинский городской округ Городской округ Верхняя Тура Городской округ Красноуральск Невьянский городской округ Верх-Нейвинский городской округ Кировградский городской округ Городской округ Верхний Тагил Качканарский городской округ Нижнетуринский городской округ Новоуральский городской округ
ВНЕ ОКРУГОВ	
ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»	Арамилский городской округ Березовский городской округ Верхнепышминский городской округ Среднеуральский городской округ Сысертский городской округ Полевской городской округ Новоуральский городской округ Городской округ Заречный Городской округ г.Лесной
Медицинские организации в соответствии с маршрутизацией, утвержденной начальником Управления здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга	Территории муниципального образования «город Екатеринбург», прикрепленные в соответствии с маршрутизацией, утвержденной начальником Управления здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга

к приказу Министерства здравоохранения
Свердловской области

от 03 НОЯ 2015 № 1722-П.

Название направившей
медицинской организации

НАПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗЦА КРОВИ*
В ГБУЗ СО « _____ »
(название медицинской организации, выполняющей исследование)

ЦЕЛЬ: ИССЛЕДОВАНИЕ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА КРОВИ (HbA1c)

ФИО ПАЦИЕНТА: _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ (число, месяц, год): _____

СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТА (подчеркнуть): учащийся, работающий,
неработающий, пенсионер, военнослужащий, член семьи военнослужащего.

ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ (подчеркнуть): нет, I, II, III.

ДИАГНОЗ (подчеркнуть):

Сахарный диабет 1 типа (E10.-)

Сахарный диабет 2 типа с инсулинопотребностью (E11.-)

Сахарный диабет 2 типа без инсулинопотребности (E11.-)

Сахарный диабет во время беременности (O24.-)

Нарушение углеводного обмена неуточненное (E 16.9)

ФИО направившего врача _____
и его **специальность** (подчеркнуть) эндокринолог, терапевт, врач ОВП

МП направившей медицинской организации

*Направление недействительно без ксерокопии паспорта (первый лист и прописка) и ксерокопии страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования

*Все графы направления должны быть заполнены.

Отправка					Прием в лаборатории				
дата	время	проб	бланков	подпись	дата	время	проб	бланков	подпись