



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ

ПРИКАЗ

от «23» сентября 2022 г.

№ 2136

г. Симферополь

*О работе магнитно-резонансных
томографов в медицинских
организациях Республики Крым.*

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Положением о Министерстве здравоохранения Республики Крым, утвержденным постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 года № 149 (с изменениями), с целью организации проведения магнитно-резонансных томографий, выполняемых в медицинских организациях Республики Крым в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, утвержденной постановлением Совета министров Республики Крым от 30 декабря 2021 года № 904,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:
 - 1.1. Порядок направления пациентов на магнитно-резонансную томографию в Республике Крым согласно приложению 1 к настоящему приказу;
 - 1.2. Перечень медицинских организаций, оснащенных магнитно-резонансными томографами, работающими в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Крым согласно приложению 2 к настоящему приказу;
 - 1.3. Маршрутизацию пациентов на магнитно-резонансные томографии в Республике Крым согласно приложению 3 к настоящему приказу;
 - 1.4. Рекомендуемые стандарты проведения магнитно-резонансных томографий согласно приложению 4 к настоящему приказу;
 - 1.5. Показания и противопоказания для отбора пациентов на магнитно-резонансную томографию согласно приложению 5 к настоящему приказу;

1.6. Типовое направление на магнитно-резонансную томографию и Типовое направление на магнитно-резонансную томографию (новорожденным) согласно приложению 6 к настоящему приказу;

1.7. Регламент учета и регистрации пациентов, проходящих магнитно – резонансную томографию в Республике Крым согласно приложению 7 к настоящему приказу;

1.8. Журнал ожидания плановых исследований в амбулаторных условиях согласно приложению 8 к настоящему приказу;

1.9. Принципы взаимодействия медицинских организаций (заказчика и исполнителя магнитно-резонансной томографии) в случае поломки магнитно-резонансного томографа согласно приложению 9 к настоящему приказу;

1.10. Рекомендуемые протоколы магнитно-резонансных исследований (для 1,5 Тл МРТ) согласно приложению 10 к настоящему приказу;

1.11. Информированное согласие на проведение магнитно – резонансной томографии согласно приложению 11 к настоящему приказу.

2. Руководителям медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, оснащенных магнитно-резонансными томографами, обеспечить:

2.1. проведение расчета гарантированного количества магнитно-резонансных томографий исходя из максимально возможных режимов работы имеющихся МР-томографов для амбулаторных пациентов других медицинских организаций, относящихся к ведению Министерства здравоохранения Республики Крым (далее – Министерство) и использование его в работе при заключении межучрежденческих договоров в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым (далее – ТПГГ);

2.2. максимальную кадровую укомплектованность врачами-рентгенологами и рентгенлаборантами;

2.3. наличие разрешительной документации для работы кабинета магнитно-резонансной томографии и соответствующих условий труда;

2.4. непрерывное сервисное послегарантийное обслуживание действующих магнитно-резонансных томографов, контролировать выполнение сервисными компаниями взятых на себя обязательств.

3. Руководителям медицинских организаций, относящихся к ведению Министерства здравоохранения Республики Крым, обеспечить:

3.1. доведение до сведения ответственных сотрудников маршрутизацию пациентов на магнитно-резонансную томографию и принципы работы по межучрежденческим договорам, утвержденных настоящим приказом;

3.2. организацию контроля за соблюдением схем маршрутизации при направлении пациентов на магнитно-резонансную томографию, а также за обоснованностью выдачи направлений, правильностью заполнения направлений и соблюдением условий заключенных межучрежденческих договоров.

4. Главным внештатным специалистам Министерства здравоохранения Республики Крым обеспечить доведение до сведения врачей соответствующих профилей, осуществляющих направление пациентов на МР-томографию, требований настоящего приказа на днях специалиста, во время выездной консультативной работы, путем размещения на рабочих сайтах и чатах главных внештатных специалистов.

5. Главному внештатному специалисту Министерства здравоохранения Республики Крым по профилю «Лучевая диагностика и рентгенология» оперативно корректировать приоритетную маршрутизацию пациентов на магнитно-резонансную томографию при вводе в эксплуатацию новых магнитно-резонансных томографов, предоставлять информацию для внесения изменений в настоящий приказ с учетом динамически меняющейся обстановки в Управление организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Крым.

6. Приказы Министерства здравоохранения Республики Крым от 18 апреля 2016 года № 557 «О режимах работы компьютерных и магнитно-резонансных томографов в Республике Крым» (с изменениями), от 14 апреля 2017 года № 688 «О порядке проведения компьютерных и магнитно-резонансных томографий амбулаторным и стационарным пациентам Республики Крым» и от 07.03.2018 года №444 «О работе магнитно-резонансных томографов в Республике Крым в 2018 году» признать утратившими сил.

7. Контроль за выполнением приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Республики Крым А. Лясковского.

Врио министра



К. Скорупский

Приложение 1
к приказу Министерства
здравоохранения
Республики Крым
от «29» июня 2022 г. № 2136

ПОРЯДОК
направления пациентов на магнитно-резонансную томографию в
Республике Крым (далее –Порядок)

1. Порядок направления пациентов на магнитно-резонансную томографию (далее – МРТ) в Республике Крым разработан в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам в Республике Крым.

2. Порядок определяет условия и критерии отбора пациентов для проведения МРТ, последовательность действий и правила оформления медицинской документации при направлении на МРТ, взаимодействие медицинских организаций при направлении и выполнении МРТ и регламент выполнения исследования.

3. На плановое проведение МРТ направляются лица, застрахованные в системе обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), в соответствии с имеющимися медицинскими показаниями.

4. За одно исследование принимается один вид МРТ, указанный в номенклатуре медицинских услуг, имеющий свой код (в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами). В одном направлении формы №057/у-04 указывается 1 область исследования (в одном направлении допустимо указывать контрастное усиление).

При необходимости исследования двух областей и более количество направлений №057/у-04 выдается по количеству областей исследования.

5. Направление пациента на МРТ в амбулаторных условиях осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную помощь, медицинской организации, к которой прикреплен пациент, при наличии медицинских показаний в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи по профилям.

При проведении МРТ с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой терапии, а также с целью мониторинга в процессе лечения направление может выдавать врач-онколог консультативно-диагностической поликлиники ГБУЗРК «КРОКД имени В.М. Ефетова» для проведения МРТ в ГБУЗРК «КРОКД имени В.М. Ефетова».

6. Для проведения МРТ пациент должен предоставить:

- направление, выданное по форме 057/у-04 на бумажном носителе и/или в виде электронного документа, подписанного с использованием усиленных квалифицированных электронных подписей;

- типовое направление на МРТ согласно приложениям 6 и 6.1 к настоящему приказу. Типовое направление на МРТ должно быть заверено печатью и штампом медицинской организации, подписями направляющего врача и заведующего поликлиникой, все поля Типового направления должны быть заполнены (включая конкретные цели и задачи проведения МРТ, показатели креатинина и мочевины крови в случае направления на контрастные исследования).

7. Отбор и направление стационарных пациентов (из других МО) осуществляется врачебным консилиумом с записью в истории болезни:

- обоснования лечащего врача, с учетом наличия показаний и противопоказаний, за подписью заведующего отделением;
- невозможности получить диагностическую информацию другими методами лучевой или инструментальной диагностики;
- наличия МРТ в стандартах оказания медицинской помощи по нозологиям;
- наличия межучрежденческих договоров на соответствующие услуги с медицинскими организациями

8. МРТ проводятся медицинскими организациями – исполнителями любой формы собственности, имеющими в лицензии (уведомлении) указанные виды деятельности и участвующими в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам в Республике Крым в рамках межучрежденческих договоров (далее – МУР).

9. Оплата за оказанные услуги в виде отдельных диагностических исследований медицинским организациям-исполнителям производится страховыми медицинскими организациями в установленных объемах непосредственно за оказанную услугу в соответствии с Тарифным соглашением в сфере ОМС Республики Крым (приложение № 20, приложение № 21).

Между медицинской организацией-заказчиком и медицинской организацией-исполнителем заключается межучрежденческий договор на оказание услуг в виде проведения отдельных диагностических исследований МРТ, в котором стороны согласовывают возможные объемы таких исследований (квоты) и сроки их проведения.

10. Проведение МРТ осуществляется в сроки, установленные Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым, с даты обращения для записи на МРТ.

11. Запись на МРТ осуществляется:

- при личном обращении пациента в медицинскую организацию, оказывающей услугу по проведению МРТ;
- по телефону;
- с использованием ЕМИСЗ Республики Крым по направлению врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную помощь.

В случае записи на исследование по телефону все разговоры должны быть записаны с помощью программы «Инфинити».

12. Для проведения исследования необходимо предоставить следующие документы:

- ксерокопию паспорта;
- ксерокопию полиса обязательного медицинского страхования;
- ксерокопию СНИЛСа;
- оригинал типового направления на МРТ;
- оригинал направления по форме 057/у-04;
- информированное согласие на проведение исследования;
- ксерокопию титульной страницы истории болезни и оригинал истории болезни (для стационарных пациентов).

13. Результаты исследования пациенту выдаются на руки в виде протокола описания с заключением на бумажном носителе, подписанного врачом-рентгенологом, и диагностических изображений в период до 24 часов.

Протокол исследования должен быть оформлен в электронной медицинской карте, подписанный с использованием усиленных квалифицированных электронных подписей в ЕМИСЗ Республики Крым (при наличии у медицинской организации доступа к ЕМИСЗ Республики Крым).

14. Основаниями для отказа в проведении МРТ являются:

- наличие абсолютных (выраженных относительных) медицинских противопоказаний для проведения МРТ;
- непредставление пациентом пакета документов согласно пункту 12 настоящего Порядка.

15. В случае отказа в проведении исследования по медицинским показаниям врачом-рентгенологом делается запись в Типовом направлении с обоснованием причины отказа, заверяется подписью и печатью врача.

Приложение 2
к приказу Министерства
здравоохранения
Республики Крым
от « 29 » июня 2022 г. № 2136

ПЕРЕЧЕНЬ

**медицинских организаций, оснащенных магнитно-резонансными
томографами, работающими в рамках территориальной программы
обязательного медицинского страхования в Республике Крым**

1. ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко»:
 - МРТ отделения лучевой диагностики (ул.Киевская,69);
 - МРТ отделения лучевой диагностики ОП «МРМЦ»;
 - МРТ отдела лучевой диагностики СП «Диагностический центр».
2. ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница».
3. ГБУЗ РК «Крымский республиканский онкологический клинический диспансер имени В.М. Ефетова»:
 - МРТ отделения лучевой диагностики;
 - МРТ отделения лучевой диагностики Керченского филиала.
4. МРМЦ ФНКЦ ФМБА России.
5. ГБУЗ РК «Евпаторийская городская больница».
6. ООО «Скан» г.Ялта.
7. ООО «МРТ Феодосия».
8. ООО «Спектр МРТ» (г.Феодосия).
9. ООО «МРТ Керчь».

Приложение 3
к приказу Министерства
здравоохранения Республики Крым
от «23» нояб 2022 г. № 2136

МАРШРУТИЗАЦИЯ

пациентов на магнитно-резонансную томографию в Республике Крым

1. Все МР-исследования амбулаторным пациентам выполняются в медицинских организациях, оснащенных магнитно-резонансными томографами, или на основании заключенных межучрежденческих договоров.

2. Взрослые пациенты направляются в медицинскую организацию согласно Схемы маршрутизации больных старше 18 лет на магнитно-резонансную томографию для прохождения исследования за счет средств обязательного медицинского страхования по Республике Крым на основании заключенных межучрежденческих договоров и в соответствии с утвержденной маршрутизацией.

3. Все пациенты в возрасте до 18 лет (детское население) направляются в:

- ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница»;
- ГБУЗ РК «Евпаторийская городская больница»;
- МРМЦ ФНКЦ ФМБА в России.

Схема маршрутизации больных старше 18 лет на магнитно-резонансную томографию для прохождения исследования за счет средств обязательного медицинского страхования по Республике Крым

№	Медицинская организация куда направляется больной	Код по МКБ	Медицинская организация, которой направляется больной
1	ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» г. Симферополь, ул.Киевская, 69, отделение лучевой диагностики, кабинет МРТ Тел. 373-443 м.т. +7978-126-07-05	A00-Z99	ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко»: - СП «Офтальмологический центр» ГБУЗ РК «Центральная городская больница г. Армянска» ГБУЗ РК «Центральная городская больница г. Красноперекопска» ГАУ РК «Джанкойская городская поликлиника» ГБУЗ РК «Джанкойская центральная районная больница» ГБУЗ РК «Нижнегорская районная больница» ГБУЗ РК «Первомайская центральная районная больница"»

№	Медицинская организация куда направляется больной	Код по МКБ	Медицинская организация, которой направляется больной
			ГБУЗ РК «Советская районная больница» ГБУЗ РК «Симферопольская городская клиническая больница № 7» ГБУЗ РК «Симферопольская поликлиника № 2» ГБУЗ РК «Симферопольская поликлиника № 4»
		A00-C71, C81-C96, D00-Z99	ГБУЗ РК «Симферопольская поликлиника № 5» ГБУЗ РК «Симферопольская центральная районная клиническая больница»
2	ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» «Диагностический центр» Г. Симферополь, ул. Семашко 8, отдел лучевой диагностики, кабинет МРТ Тел. +7978-578-58-87	A00-Z99	ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко»: - СП «Диагностический центр» (с прикрепленным населением) - СП «Перинатальный центр» - СП «Кардиологический диспансер» - ГБУЗ РК «БСМП №6» - ГБУЗ РК «Госпиталь инвалидов и ветеранов ВОВ» - призывной контингент ГБУЗ РК «Бахчисарайская центральная районная больница» ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница» ГБУЗ РК «Белогорская центральная районная больница» ГБУЗ РК «Красногвардейская центральная районная больница»
		A00-C71, C81-C96, D00-Z99	ГБУЗ РК «Симферопольская поликлиника №3»
3	ГБУЗРК «КРОКД имени В.М. Ефетова» г. Симферополь, ул. Беспалова, 49а, отделение лучевой диагностики, нет МРТ тел. +3652-777-208 (многоканальный телефон регистратуры)	C00-C70, C72-C80, C96	ГБУЗРК «КРОКД имени В.М. Ефетова» ГБУЗ РК «Симферопольская поликлиника № 2» ГБУЗ РК «Симферопольская поликлиника № 3» ГБУЗ РК «Симферопольская поликлиника № 4» ГБУЗ РК «Симферопольская поликлиника № 5» ГБУЗ РК «Симферопольская центральная районная клиническая

№	Медицинская организация куда направляется больной	Код по МКБ	Медицинская организация, которой направляется больной
			<p>больница» ГБУЗ РК «Старокрымская районная больница имени академика Н.М. Амосова» ГБУЗ РК «Судакская городская больница»</p>
4	<p>Керченский филиал ГБУЗРК «КРОКД имени В.М.Ефетова»</p> <p>г. Керчь, ул. Орджоникидзе, 66, отделение лучевой диагностики, кабинет МРТ тел. +7 (36561) 3-45-71</p>	<p>C00-C70 C72-C80, C96</p>	<p>Керченский филиал ГБУЗРК «КРОКД имени В.М.Ефетова» ГБУЗ РК «Керченская городская больница № 3» ГБУЗ РК «Керченская больница № 1 имени Н.И.Пирогова» ГБУЗ РК «Кировская центральная районная больница» ГБУЗ РК «Ленинская центральная районная больница»</p>
5	<p>ГБУЗ РК «Евпаторийская ГБ» г. Евпатория, проспект Победы, 22 тел. 3(6569) 595-87</p>	<p>A00-Z99</p>	<p>ГБУЗ РК «Евпаторийская городская больница» ГБУЗ РК «Раздольненская районная больница» ГБУЗ РК «Сакская районная больница» ГБУЗ РК «Черноморская центральная районная больница»</p>
6	<p>ГБУЗ РК «РДКБ» Г. Симферополь, ул. Титова, 71 тел. 66-71-81</p>	<p>A00-Z99</p>	<p>Все детское население республики Крым, за исключением детского населения, относящегося к сфере обслуживания Филиала ФГБУ ФНКЦ ФМБА России в Крыму и ГБУЗ РК «Евпаторийская городская больница».</p>
7	<p>Филиал ФГБУ ФНКЦ ФМБА России в Крыму г. Ялта, пос. Ливадия, Севастопольское шоссе, 2 Отделение лучевой диагностики Тел. 3 (654) 55-59-73</p>	<p>A00-Z99</p>	<p>ГБУЗ РК «Алуштинская центральная городская больница» Филиал ФГБУ ФНКЦ ФМБА России в Крыму</p>
8	<p>ООО «СКАН» г. Ялта, ул. Московская, 33 +7978-015-15-19</p>	<p>A00-Z99</p>	<p>ГБУЗ РК «Алуштинская центральная городская больница» Филиал ФГБУ ФНКЦ ФМБА России в Крым</p>
9	<p>ООО «МРТ Феодосия», г. Феодосия, ул. Федько, 43 +7978-924-27-28</p> <p>ООО «Спектр МРТ» г. Феодосия, ул. Симферопольское шоссе,</p>	<p>A00-Z99</p>	<p>ГБУЗ РК «Кировская центральная районная больница» ГБУЗ РК «Нижегорская районная больница» ГБУЗ РК «Старокрымская районная больница имени академика Н.М. Амосова»</p>

№	Медицинская организация куда направляется больной	Код по МКБ	Медицинская организация, которой направляется больной
	54 литер «Э» +7978-200-59-32		ГБУЗ РК «Судакская городская больница» ГБУЗ РК «Феодосийский медицинский центр»
10	ООО «МРТ Керчь» г. Керчь, ул. Кирова, 22 +7978-924-27-24 +7978-060-10-04	A00-Z99	ГБУЗ РК «Керченская городская больница № 3» ГБУЗ РК «Керченская больница № 1 имени Н.И. Пирогова» ГБУЗ РК «Ленинская центральная районная больница»

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ СТАНДАРТЫ проведения магнитно-резонансной томографии

Нативная (бесконтрастная) МРТ:

1. Голова (головной мозг) – при подозрении на ОНМК, сосудистую энцефалопатию, вазоневральный конфликт, оценка степени гидроцефалии.
2. Органы брюшной полости (ОБП) – для выявления очаговых образований печени, почек, дифференциальная диагностика аденом надпочечников.
3. Органы малого таза (ОМТ) - для выявления стадирования рака прямой кишки.
4. Костно-суставная система – при подозрении на травматические, воспалительные, дегенеративно-дистрофические процессы и в большинстве случаев опухолевых поражений костей и суставов, позвоночника и спинного мозга.
5. Молочные железы – для определения целостности имплантов и имеющих осложнений в связи с их установкой.

МРТ с внутривенным (болюсным) контрастированием:

1. Голова (ГМ) – выявление опухоли головы или головного мозга первичного и вторичного характера опухолей, рассеянного склероза и его активности. МР-перфузия ГМ (в том числе проба с диакарбом).
2. Шея – уточнение опухолевых, воспалительных процессов органов шеи, спинного мозга.
3. Органы брюшной полости (ОБП) - лимфопролиферативные процессы, очаговые поражения органов брюшной полости и забрюшинного пространства, требующие дифференциальной диагностики с онкологической патологией.
4. Органы малого таза (ОМТ) - лимфопролиферативные процессы, опухоли мочевого пузыря, воспалительные заболевания малого таза (абсцессы, флегмоны), уточнение и стадирование объемных образований яичников, матки, прямой кишки, предстательной железы.
5. МР-перфузия головного мозга (в т.ч. проба с диакарбом) – для определения сосудистого резерва головного мозга, для решения вопроса об оперативном лечении гемодинамически значимых стенозов сосудов шеи.
6. Костно-суставная система – при подозрении на травматические, воспалительные, дегенеративно-дистрофические процессы и в большинстве случаев опухолевых поражений костей и суставов, позвоночника и спинного мозга.
7. Молочные железы – уточнение характера и стадирования образований молочных желез.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ для отбора пациентов на магнитно-резонансную томографию

1. Противопоказания для МРТ без внутривенного контрастирования

1.1. Абсолютные противопоказания:

- 1.1.1. Наличие кардиостимулятора.
- 1.1.2. Ферромагнитные или электронные импланты среднего уха.
- 1.1.3. Большие металлические импланты ферромагнитные осколки.
- 1.1.4. Кровоостанавливающие ферромагнитные клипсы сосудов головного мозга.

1.2. Относительные противопоказания:

1.2.1. Антропометрические особенности (масса тела пациента более 200 кг, окружность живота 130-145 см - ограничения определяются фирмой-производителем аппарата и его конструктивными особенностями) препятствующие проведению МРТ в соответствии с рекомендациями производителя оборудования, сервисной организацией.

1.2.2. Декомпенсированная сердечная недостаточность.

1.2.3. Наличие металлических инородных в том числе ятрогенных не ферромагнитных тел, электроприборов:

- инсулиновые насосы, нервные стимуляторы, импланты внутреннего уха, протезы клапанов сердца, кровоостанавливающие клипсы (кроме сосудов мозга).

- наличие осколков пуль, послеоперационных металлоконструкций.

1.2.4. Лучевая терапия, обширные абдоминальные, проктологические операции (не ранее чем через два месяца, наличие протокола операции обязательно).

1.2.5. Не ранее 7 дней после проведения контрастной клизмы с бариевой взвесью.

1.2.6. Клаустрофобия, гиперкинезы, психические заболевания при невозможности седатации.

2. Противопоказания для МРТ с внутривенным контрастированием

2.1. Абсолютные противопоказания:

2.2.1. ОПН, ХПН (скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин.), за исключением пациентов, находящихся на гемодиализе.

2.2.2. Беременность.

2.2.3. Наличие кардиостимулятора.

2.2.4. Ферромагнитные или электронные импланты среднего уха.

2.2.5. Большие металлические имплантаты, ферромагнитные осколки.

2.2.6. Кровоостанавливающие ферромагнитные клипсы сосудов головного мозга.

3. Относительные противопоказания:

3.3.1. Антропометрические особенности (масса тела пациента более 200 кг, окружность живота более 130-145 см - ограничения определяются фирмой-производителем аппарата, его конструктивными особенностями).

3.3.2. Декомпенсированная сердечная недостаточность.

3.3.3. Наличие металлических инородных, в т.ч. ятрогенных неферромагнитных тел, электроприборов:

- инсулиновые насосы, нервные стимуляторы, импланты внутреннего уха, протезы клапанов сердца, кровоостанавливающие клипсы (кроме сосудов мозга).

- наличие осколков, пуль, послеоперационных металлоконструкций.

3.3.4. Лучевая терапия, обширные абдоминальные, проктологические операции (не ранее чем через два месяца, наличие протокола операции обязательно).

3.3.5. Не ранее 7 дней после проведения контрастной клизмы с бариевой взвесью.

3.3.6. Клаустрофобия, гиперкинезы, психические заболевания при невозможности седации.

3.3.7. Не ранее 6 недель после проведения биопсии предстательной железы (наличие протокола прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала (учетная форма № 014-1/у) обязательно).

Приложение 6
к приказу Министерства
здравоохранения Республики Крым
от «28» июня 2022 г. № 2136

Код ОГРН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ТИПОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ НА МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНУЮ ТОМОГРАФИЮ

(вид и область исследования)

Контрастное усиление: да нет

1. Ф.И.О. _____ 3. Вес пациента _____
2. Дата рождения _____ 4. Контактный номер телефона пациента _____
5. Адрес места жительства _____
6. Место работы _____
7. Предварительный диагноз _____ Код по МКБ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8. Цель, задачи, обоснование МРТ _____

(общие формулировки типа «Обследование», «Уточнение диагноза», «Диагностический поиск» и т.д. не допускаются!)

9. Оперативные вмешательства _____
9. Сопутствующие заболевания: тиреотоксикоз, сахарный диабет, почечная недостаточность, бронхиальная астма
(нужное подчеркнуть)
10. Аллергия на йод-содержащие и другие лекарственные препараты: нет да _____
11. Прием лекарственных препаратов (НПВС, глюкокортикоиды) нет да _____

Креатинин: _____ Мочевина: _____

(давность результатов анализов не более 14 дней)

Направляющий врач _____ (подпись, М.П.) _____ (Ф.И.О. разборчиво)

Заведующий отделением (поликлиникой) _____ (подпись, М.П.) _____ (Ф.И.О. разборчиво)

« _____ » _____ г.

М.П.

Исследование (не) выполнено _____

Код услуги

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Врач-рентгенолог _____

(Ф.И.О. подпись)

ПАЦИЕНТУ С СОБОЙ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ ДАННЫЕ ПРОВЕДЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ (УЗИ, КТ/МРТ, рентгенографических, радионуклидных, эндоскопических, лабораторных)

**ТИПОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ на МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНУЮ ТОМОГРАФИЮ
(новорожденным)**

Кем направлен: ОАиРН ОПН

Номер истории болезни: _____

Направляющий врач (Ф.И.О.) _____ (Подпись)

Зав. отделением (Ф.И.О.) _____ (Подпись)

Исследование: Первичное Повторное (проводилось МРТ от _____)

Метод исследования:

МРТ

Область сканирования:

- Головной мозг
- Голова (головной мозг + лицевой череп)
- Голова с захватом ШОП
- Органы грудной клетки (исключая сердце)
- Органы брюшной полости
- Органы забрюшинного пространства
- Органы малого таза
- Другое (уточнить): _____

В/в усиление:

- С контрастом
- Без контраста

Данные пациента:

Ф.И.О.: _____

Дата рождения: _____

Возраст (дней): _____

Срок гестации(нед.): _____

Пол: М Ж

Роды: Естественные

Кесарево сечение

Осложнения родов: _____

Рост: _____

(см)

Вес: _____

(кг)

Клинический диагноз: _____

Обоснование исследования* (цель, задачи, что именно необходимо

(уточнить): _____

(общие формулировки типа «Обследование», «Уточнение диагноза», «Диагностический поиск» и т.д. не допускаются!)

При проведении в/в усиления внести данные биохимического анализа крови:

Креатинин: _____

Мочевина: _____

Отягощенный аллергологический анамнез, наследственная непереносимость препаратов йода(!)

Аллергологический анамнез не известен

Проведенные оперативные вмешательства

Указать (при наличии):

Пороки развития: _____

Генетические заболевания: _____

Соматические заболевания матери: _____

Другие заболевания: _____

Исследование выполнено не выполнено ввиду _____

Врач-рентгенолог (Ф.И.О.) _____ (Подпись)

РЕГЛАМЕНТ
учета и регистрации пациентов, проходящих магнитно – резонансную
томографию в Республике Крым

1. Оформление результатов МРТ ведется в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (учетная форма №025/у (далее - Карта).

2. В Карту, а также в ЭМК ЕМИСЗ Республики Крым прикрепляются следующие документы:

- оригинал направления на МРТ (форма 057/у-04) для амбулаторных пациентов;
- ксерокопия титульной страницы истории болезни (для стационарных пациентов);
- оригинал Типового направления на МРТ;
- ксерокопия паспорта (для амбулаторных пациентов);
- ксерокопия полиса обязательного медицинского страхования (для амбулаторных пациентов);
- ксерокопия СНИЛС (для амбулаторных пациентов);
- информированное согласие на проведение МРТ;
- протокол проведенного МРТ (в Карте допускается запись заключения врача-рентгенолога с номером протокола, датой исследования).

3. Полное оформление Карт допускается в течение рабочего дня (смены).

4. Графы Карты, обязательные к заполнению: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 23.

Пункты 10-19 не заполняются, пункты 20-22 заполняются при необходимости.

5. После получения согласия пациента на обработку персональных данных (ознакомление, заполнение данных и подпись, личная или законного представителя) медицинский работник заполняет поле «Представитель оператора».

6. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в Карте заверяется подписью врача-рентгенолога, с внесением в название документа вида медицинского вмешательства.

7. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, согласие пациента на обработку персональных данных заполняется лично пациентом или его законным представителем.

8. На основании оформленных Карт заполняется Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (учетная форма №025-1/у) и передается в отдел АСУ медицинской организации.

9. При повторном обращении пациента на исследование в течение календарного года, в Карту вклеиваются:

- оригинал направления на исследование (форма 057/у-04),
- ксерокопия титульной страницы истории болезни (для стационарных пациентов),
- оригинал Типового направления на МРТ,
- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство,
- протокол проведенного МРТ (или заключение врача-рентгенолога с номером протокола исследования).

10. Жизненный цикл Карт в отделениях рентгенологии, лучевой диагностики, кабинетах МРТ составляет 1 календарный год, после чего Карты передаются в архив медицинской организации.

11. Регистрация пациентов для проведения плановой МРТ производится в журнале ожидания плановых исследований амбулаторным пациентам в соответствии с приложением 8 к настоящему приказу.

Приложение 8
к приказу Министерства
здравоохранения Республики Крым
от «23» июня 2022 г. № 2136

**ЖУРНАЛ ОЖИДАНИЯ
ПЛАНОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Дата обращения	Ф.И.О. пациента	№ телефона	Кем направлен	Ф.И.О. пациента	№ телефона	Кем направлен

КУ* - наличие контрастного усиления.

ПРИНЦИПЫ
взаимодействия медицинских организаций (заказчика и
исполнителя магнитно-резонансной томографии) в случае поломки
магнитно-резонансного томографа

1. Администрация медицинской организации в случае поломки магнитно-резонансного томографа:

1.1. оперативно, не позднее 24 часов, оповещает медицинские организации, направляющие на МРТ, о факте поломки;

1.2. информирует Министерство здравоохранения Республики Крым и главного внештатного специалиста по профилю о факте поломки и вероятной ее причине, извещает о предпринятых мерах по восстановлению работоспособности и ожидаемом периоде простоя;

1.3. направляет информацию в Министерство здравоохранения Республики Крым (копию для главного внештатного специалиста) о вариантах новой маршрутизации или сохранения приоритетной маршрутизации (временное трудоустройство своего персонала в других медицинских организациях, оснащенных магнитно-резонансными томографами, или организацию проведения дистанционных описаний МРТ посредством телемедицины, выполненных на базе других медицинских организаций и т.д.).

1.3. предусматривает компенсацию всех материальных и трудовых затрат, связанных с выполнением пункта 1.2. Принципов взаимодействия;

1.4. предпринимает все действия для скорейшего восстановления работоспособности магнитно-резонансного томографа (его замены);

2. Администрация медицинской организации, направляющей пациентов на МРТ:

2.1. при объективной невозможности сохранения приоритетной маршрутизации направляет пациентов в другие медицинские организации с действующим МРТ после заключения дополнительных межучрежденческих договоров, с учетом критериев доступности;

2.2. при получении информации о поломке магнитно-резонансного томографа и невозможности осуществления приоритетной маршрутизации в соответствии с пунктом 2.1 Приказа, краткосрочно прекращает выдачу направлений на МРТ по маршрутизации до момента заключения дополнительных межучрежденческих договоров или подтверждения исполнения договорных обязательств по приоритетной маршрутизации.

Приложение 10
к приказу Министерства
здравоохранения Республики Крым
от «29» июня 2022 г. № 2136

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПРОТОКОЛЫ
магнитно –резонансных исследований (для 1,5 Тл МРТ)

№	Область исследования, патология	Последовательности и проекции	
		Без контрастирования	С контрастированием
1	МРТ головного мозга	T1 (S); T2 (A); Flair (A); SWI /SWAN (A); DWI (b-factor 0, 1000).	T1(S)-ISO 1,0мм; T2(S); T2(A); Flair (A); SWI/SWAN (A); DWI(A); Введение КВ ; T1 (S); T1 (C); T1 (A); T1(S)-ISO/ CUBE.
2	МРТ головного мозга (Рассеянный склероз)	T1(S); Flair-ISO CUBE / (3D); T2(A); Flair (A); T2-fs (C) на зрительные нервы <i>Не проводится в случае определения активности РС!</i>	T1(S)-ISO 1,0 мм; Введение КВ ; Flair-ISO/ CUBE (3D); T2(A); dir (A); Flair (A); T1(S)-ISO /CUBE 1,0мм; T1-fs (A); T2-fs (C) (на зрительные нервы).
3	МРТ головного мозга (эпилепсия)	T1 (S); T2 (A); Flair (A); SWI /SWAN (A); DWI (b-factor 0, 1000). T2 (A) 2 мм по оси височной доли/ Flair (A)/ Flair (C) 2 мм перпендикулярно оси височной доли / DWI (A)	
4	МРТ гипофиза	Для диагностики микроаденом и их динамики не проводится	T1 (S)-3 мм; T1 (C) -2 мм; T2 (C) -2 мм; T2 (S); Введение КВ (инжектором!); T1(C) (динамическая серия), T1(S) -3 мм; T1(A) -2 мм; T1(S)-ISO /CUBE - 1,0 мм
5	Шейный или грудной отдел позвоночника	T2 (S); T1 (S); T2 (S) -dixon ; T2 (A) (или T2 (A)-ISO CUBE)	T2 (S); T1 (S); T2 (S)-dixon; T2(A); введение КВ ; T1(S); T1(S)-fs; T1(A)
6	Поясничный отдел позвоночника	T2(S); T1(S); T2(S) –dixon; T2(A) (или T2(S) – ISO/ CUBE);	+введение КВ , T1(S); T1(S)-fs; T1 (A).
7	Сакроилеальные сочленения	T2(C); T1(C); T2 (A); T1 (A); T2(C)-fs-dixon	
7	Органы брюшной полости и забрюшинного пространства (на	T2 (C); T2 (A); T2 (S); DWI (A) (b- factor 50, 800); T1 (A)-opp-in; T1 (A)-fs;	T2 (C); T2 (A); T2 (S); DWI (A) (b- factor 50, 800); T1 (A)-opp-in; T1 (A)-fs; Введение КВ ;

№	Область исследования, патология	Последовательности и проекции	
		Без контрастирования	С контрастированием
	задержке дыхания!)	Не проводится в случае онкопоиска или стадирования онкологического заболевания.	T1(A)-fs-arter.; T1(A)-fs-venous; T1(A)-fs-delay.
8	Холангио холецисто-панкреатография	T2 (C); T2 (A); T2 (S); DWI (A) (b- factor 50, 800); T1 (A)-opp-in; T1 (A)-fs; T2 (C0-space; T2 (C)-haste (тонкие срезы); T2(C) (толстые срезы на сокращение холедоха); T2(A)	
9	Органы малого таза (женщины)	T2 (S); T2 (A); T2 (C); DWI (A) (b-factor 50, 1000); T1(C); T1(A) (на л/у) Не проводится в случае онкопоиска или стадирования онкологического заболевания.	T2 (S); T2 (A); T2 (C); DWI (A) (b-factor 50, 1000); T1(C); T1(A) (на л/у) T1(A)-fs; Введение КВ (инжектором!); T1(A) (динамическая серия)
10	Органы малого таза (мужчины)	T2 (S); T2 (A); T2 (C); DWI (A) (b-factor 50, 1200); T1 (C); T1 (A) (на л/у) Не проводится в случае онкопоиска или стадирования онкологического заболевания.	T2 (S); T2 (A); T2 (C); DWI (A) (b-factor 50, 1200); T1 (C); T1 (A) (на л/у) T1 (A)-fs; Введение КВ (инжектором!); T1(A) (динамическая серия)
11	Коленный сустав	T1 (S); pd (S)-fs; pd (C)-fs; Pd (A)-fs; T2 (A)-space-ISO/ CUBE	
12	Тазобедренный сустав	T1 (C); T2 (C) –Dixon; T2 (A); T1 (S) перпендикулярно оси головки.	
13	Голеностопный сустав, лучезапястный сустав, суставы стопы или кисти	T1 (S); pd (S)-fs; T2 (A); pd (C)-fs; T2 (C)-dixon.	
14	Молочные железы	T2 (S); T2 (A); T2fs (A); DWI (A) (b- factor 1000); T1 (A).	Введение КВ (инжектором!); T1 fs (A) (динамическая серия)

Сокращения

№	Термин	Трактовка термина, синонимы
1	KB	контрастное вещество (парамагнетик)
2	T1	Время продольной релаксации протонов
3	T2	Время поперечной релаксации протонов
4	Flair (Dark fluid (Tirm))	Последовательность с подавлением сигнала от воды
5	SWI/SWAN	Изображение, взвешенное по магнитной восприимчивости
6	DWI	Диффузно-взвешенное изображение
7	opp-in	Фазовое и противофазовое градиентное эхо
8	Dir (Double Inversion very)	Двойное восстановление инверсии
9	Dixon	Последовательность с подавлением сигнала от жира и воды
10	arterial; venous; delay	Артериальная, венозная, отсроченная (фазы)
11	A, S, C	Плоскости сканирования – аксиальная, сагиттальная, корональная
14	b-factor	Сила, продолжительность и амплитуда диффузионного градиента
15	ISO, CUBE	Изотропный воксель

Приложение 11
к приказу Министерства
здравоохранения Республики Крым
от « 28 » нояб 2022 г. № 2136

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ
МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ (МРТ)**

в ГБУЗ РК « _____ »

Я, _____
(собственноручно написанные Ф.И.О. лица, которому проводится исследование, либо лица, обладающего правами доверенного, лица, документально подтвержденными)

Настоящим документом подтверждаю следующее:

Мне в доступной форме была сообщена информация о предстоящем диагностическом исследовании: сущность процедуры, этапы ее проведения, материальный результат и возможные осложнения, связанные с нарушением рекомендаций персонала отделения.

Мне разъяснено, что МРТ – диагностика может быть достаточно информативной и безопасной только при условии, что:

1. я проинформировал(а) врача:

А) об отсутствии в моем теле следующих предметов: искусственного водителя сердечного ритма; клипсы сосудов головного мозга; имплантата в ухе; искусственного глаза или имплантата в орбите; электростимулятора нервов или мышц; пули, осколков, шrapнели и т.п.; любых металлизированных имплантатов; имплантированных в сосуды фильтров, спиральных эмболов (койлов), инъекторов и т.п.; искусственного сустава или иных ортопедических протезов либо приспособлений; сердечных клапанов, шунтов, стентов; стоматологических протезов (съёмных), внутриматочных металлических контрацептивов и прочих предметов с магнитными свойствами;

Б) об известных мне заболеваниях и оперативных вмешательствах, в том числе в области исследований, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, отсутствии сеансов лучевой терапии и биопсии предстательной железы в последние 6-8 недель, а также наличии беременности

2. я проинформирован о том, что:

А) следующие предметы могут быть причиной травмы в сильном магнитном поле, и поэтому, их следует оставить перед входом в кабинет: слуховой аппарат, очки, часы, мобильный телефон, плеер, булавки и заколки в волосах, парик, драгоценности (кольца, серьги и т.п.), кошелек, записная книжка, портмоне, карандаш, ручка, ключи, монеты, карманный нож, кредитная карточка, зубной протез и иные съёмные протезы, ремень, подтяжки, металлические пуговицы и кнопки;

Б) для получения качественного результата исследования мне необходимо: сохранять полную неподвижность исследуемого участка тела; при исследовании брюшной полости внимательно слушать и выполнять команды оператора по задержке дыхания;

В) во время исследования возникают громкие, резкие «металлические» звуки, уменьшить их могут беруши, наушники.

Г) я могу отказаться от проведения исследования магнитно-резонансной томографии на любом его этапе, сознавая возможные последствия отказа для моего здоровья;

Д) диски и снимки с МР- изображениями требуют бережного хранения;

Е) возможны побочные эффекты при внутривенном введении контрастных средств («Омнискан», «Примовист», «Гадовист» и др.) в виде: анафилактических реакций, редко (>0,01% - <0,10%) - анафилактического шока. Возможны со стороны желудочно-кишечного тракта - снижения аппетита, отрыжки, боли в животе, диареи, тошноты, рвоты; со стороны нервной системы - головокружения, головной боли, изменения вкуса и обоняния, тревожности, психических нарушений, атаксий, нарушения координации движений, парестезий, тремора, нарушения зрения, потери сознания (вплоть до развития глубокой комы), шума в ушах; сонливости, редко (>0,01% - <0,10%) судорог (вплоть до развития эпилептического статуса); со стороны органов кроветворения - бессимптомного снижения содержания сывороточного железа (в сроки от 8 до 48 ч после введения препарата); со стороны местных реакций - локальной болезненности или ощущения распирания в месте введения; Кроме того, возможно нарушение функции почек, а также прочие - идиосинкразия, артралгия, миалгия, гиперемия кожи лица, повышенное потоотделение.

3. В случае возникновения осложнений даю согласие на оказание медицинской помощи обусловленной клинической ситуацией.

Я ознакомлен со всеми пунктами документа и согласен с ними.

Область МРТ-исследования _____

Подпись обследуемого (или его доверенного лица, родственников)

Дата _____ 202__ г.

Врач - рентгенолог (Ф.И.О., подпись) _____