



## Об утверждении Стандарта организации оказания дерматовенерологической помощи в Республике Казахстан

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 23 октября 2015 года № 821. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 17 ноября 2015 года № 12289

В соответствии с подпунктом 6) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" и подпунктом 9) пункта 16 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 23 сентября 2014 года № 1005, **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемый Стандарт организации оказания дерматовенерологической помощи в Республике Казахстан.

2. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан в установленном законодательством порядке обеспечить:

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

2) в течение десяти дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан направление на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и информационно-правовой системе "Әділет";

3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан;

4) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Департамент юридической службы Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 3) настоящего пункта.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Цой А.В.

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

Министр здравоохранения	
и социального развития	

	Утвержден приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 23 октября 2015 года № 821
--	---

## Стандарт

### организации оказания дерматовенерологической помощи в Республике Казахстан

#### 1. Общие положения

1. Настоящий Стандарт организации оказания дерматовенерологической помощи в Республике Казахстан (далее – Стандарт) разработан в соответствии с подпунктом 6) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс) и с подпунктом 9) пункта 16 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 23 сентября 2014 года № 1005 "О некоторых вопросах Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан".

2. Настоящий Стандарт устанавливает требования к организации оказания медицинской помощи пациентам с дерматологическими и венерическими заболеваниями на амбулаторно-поликлиническом, стационарном и стационарозамещающем уровнях.

3. Штаты дерматовенерологических медицинских организаций (далее – МО), за исключением организаций, являющихся государственными предприятиями на праве хозяйственного ведения, устанавливаются в соответствии со штатными нормативами, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010 года № 238 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 6173).

4. Термины и определения, используемые в настоящем Стандарте:

1) анонимное обследование – добровольное медицинское обследование лица без идентификации личности;

2) профильный специалист – медицинский работник с высшим медицинским образованием, имеющий сертификат по специальности "дерматовенерология" (венерология, дерматология, дерматокосметология) (взрослая, детская);

3) уполномоченный орган в области здравоохранения (далее – уполномоченный орган) – государственный орган, осуществляющий руководство в области охраны здоровья граждан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, контроля за качеством медицинских услуг;

4) диагностика – комплекс медицинских услуг, направленных на установление факта наличия или отсутствия заболевания;

5) добровольное лечение – лечение, осуществляемое с согласия больного или его законного представителя;

6) инфекции, передаваемые половым путем (далее – ИППП) – это группа заболеваний инфекционной природы, заражение которыми происходит преимущественно при сексуальных контактах, включая вагинальный, анальный и оральный секс, оказывающие отрицательное воздействие на сексуальное и репродуктивное здоровье, приводя к воспалительным заболеваниям органов малого таза, неблагоприятным исходам беременности и бесплодию;

7) клинический протокол – документ, устанавливающий общие требования к оказанию медицинской помощи пациенту при определенном заболевании или клинической ситуации;

8) конфиденциальное медицинское обследование – обследование, основанное на сохранении врачебной тайны и информации о личности обследуемого лица;

9) санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия – меры, направленные на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, предотвращение возникновения и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний, массовых отравлений и их ликвидацию;

10) гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) – единый по перечню медицинских услуг объем медицинской помощи, оказываемой гражданам Республики Казахстан и оралманам, определяемый в соответствии с подпунктом 7) статьи 6 Кодекса.

## **2. Основные направления деятельности и структура организаций оказывающих дерматовенерологическую помощь населению Республики Казахстан**

5. Основными направлениями деятельности медицинских организаций, оказывающих дерматовенерологическую помощь (далее – МО), является оказание специализированной медицинской помощи больным с дерматовенерологическими заболеваниями, создание эффективной системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и качество медицинских услуг больным дерматовенерологическими заболеваниями.

6. К МО, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, относятся дерматовенерологические кабинеты в составе поликлиники (областной, городской, районной), кожно-венерологических диспансеров (далее – КВД) (областной, городской), ведомственных медицинских организаций и организаций здравоохранения, имеющих частную форму собственности, за исключением случаев лечения заболеваний в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 октября 2009 года № 526 "Об утверждении Перечня заболеваний, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 5847).

7. Задачи, функции, правовые и организационные основы оказания дерматовенерологической помощи в Республике Казахстан определены Положением о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих дерматовенерологическую помощь, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 мая 2011 года № 312 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 7018) (далее – Приказ № 312).

8. Перечень оснащения МО медицинской техникой и изделиями медицинского назначения приведен в приложении 1 к настоящему Стандарту.

9. МО обеспечивают ведение первичной медицинской документации в соответствии с формами, утвержденными приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 октября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 6697) (далее – Приказ № 907).

### **3. Организация оказания дерматовенерологической помощи в Республике Казахстан**

10. Оказание дерматовенерологической помощи осуществляется в следующих формах:

1) амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе в форме первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) и консультативно-диагностической помощи (далее – КДП);

2) стационарозамещающей помощи;

3) стационарной помощи.

11. Амбулаторно-поликлиническую помощь в форме ПМСП оказывают специалисты ПМСП (участковые врачи терапевты, педиатры, врачи общей практики (семейные врачи):

1) независимо от факта прикрепления в случае оказания экстренной и неотложной медицинской помощи;

2) в плановом порядке – по прикреплению, предварительной записи или обращению.

12. Дерматовенерологическая помощь на амбулаторно-поликлиническом уровне включает в себя:

1) осмотр врачом ПМСП с целью определения состояния здоровья пациента, проведения дифференциальной диагностики и установления предварительного диагноза дерматовенерологического заболевания;

2) лабораторное и инструментальное обследование граждан при наличии медицинских показаний с целью верификации диагноза;

3) отбор и направление на консультацию к специалисту дерматовенерологу для предоставления специализированной медицинской помощи для подтверждения диагноза и определения последующей тактики ведения и лечения пациента;

4) оформление первичной медицинской документации в соответствии с Приказом № 907.

13. При выявлении у обратившегося за медицинской помощью высыпаний на коже и (или) слизистых оболочках, кожного зуда, симптомов или признаков ИППП, в том числе жалоб на симптомы уретрита, вульвовагинита и цервицита, специалисты ПМСП направляют больного на консультацию к врачу-дерматовенерологу кожно-венерологического кабинета для верификации диагноза, дообследования и назначения соответствующего лечения с принятием мер по регистрации, ведению учета и отчетности в соответствии с Правилами регистрации, ведения учета случаев инфекционных, паразитарных, профессиональных заболеваний и отравлений и правил ведения отчетности по ним, утвержденным приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан от 24 июня 2015 года № 451 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 12083) (далее – Приказ № 451).

14. Дерматовенерологическая помощь на консультативно-диагностическом уровне оказывается профильным специалистом по направлению врача ПМСП и включает в себя:

1) осмотр врачом дерматовенерологом с целью определения состояния пациента, проведения дифференциальной диагностики и установления предварительного диагноза дерматовенерологического заболевания;

2) лабораторное и инструментальное обследование пациентов при наличии медицинских показаний с целью верификации диагноза;

3) назначение лечения и определение последующей тактики ведения пациента;

4) консультирование пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями, направляемых на госпитализацию в стационар, с предоставлением обоснованных показаний для госпитализации;

5) осуществление совместно со специалистами Центра семейного здоровья профилактических мероприятий, скрининговых исследований, направленных на выявление ранних и скрытых форм заболеваний и факторов риска, а также диспансеризации и динамического наблюдения;

6) экспертизу временной нетрудоспособности больных, обоснование временной нетрудоспособности больных и экспертизу лиц с признаками стойкой утраты трудоспособности в соответствии с Правилами проведения экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 31 марта 2015 года (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 10964) (далее – Приказ № 183);

7) ведение статистического учета и отчетности, анализ статистических данных;

8) проведение санитарно-просветительской работы с населением;

9) оформление медицинской документации в соответствии с Приказами № 907 и № 451.

15. Стационарозамещающая медицинская помощь предоставляется пациентам с дерматовенерологическими заболеваниями в МО или их соответствующих структурных подразделениях в

случаях госпитализации, не требующей круглосуточного медицинского наблюдения, в соответствии с пунктом 2 статьи 48 Кодекса.

16. Оказание стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП в плановом порядке осуществляется при наличии у пациента направления на лечение в дневной стационар, результатов лабораторных, инструментальных исследований и консультаций профильных специалистов, необходимых для лечения данного пациента.

17. Дневной стационар организуется для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий дерматовенерологическим пациентам, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с продолжительностью пребывания от четырех до восьми часов в течение дня, с применением современных медицинских технологий в соответствии с утвержденными клиническими протоколами.

18. При поступлении пациента в дневной стационар заполняется карта больного дневного стационара по форме № 003-2/у "Карта больного дневного стационара (поликлиники, больницы), стационара на дому", утвержденной Приказом № 907.

19. При ухудшении состояния, требующего круглосуточного наблюдения, пациент незамедлительно госпитализируется в профильный стационар.

20. При улучшении состояния и необходимости продолжения терапии, не требующей стационарозамещающей помощи, пациент направляется на амбулаторное лечение.

21. Длительность лечения с момента поступления пациента составляет в дневном стационаре не менее трех и не более восьми рабочих дней.

22. При выписке пациента, получившего стационарозамещающую помощь, заполняется статистическая карта прошедшего лечения в дневном стационаре по форме 066-4/у "Статистическая карта прошедшего лечение в дневном стационаре и стационаре на дому", утвержденной Приказом № 907.

23. При наличии медицинских показаний пациенты с дерматологическими и венерическими заболеваниями для оказания квалифицированной, специализированной медицинской помощи с круглосуточным медицинским наблюдением в плановом порядке госпитализируются в дерматовенерологические организации или в медицинские организации, имеющие в своем составе стационарное дерматовенерологическое отделение.

24. Стационарная помощь пациентам с дерматологическими и венерическими заболеваниями предоставляется в соответствии с пунктом 3 статьи 47 Кодекса.

25. Плановая госпитализация пациента в стационар осуществляется после проведения необходимых клиничко-диагностических, лабораторных, инструментальных и рентгенологических исследований, обязательном наличии консультаций профильного специалиста дерматовенеролога с учетом права пациента на свободный выбор медицинской организации, оказывающей стационарную помощь, в соответствии с Инструкцией по организации плановой госпитализации в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи через Портал бюро госпитализации,

утвержденной приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2010 года № 492 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 6380) (далее – Приказ № 492).

26. При госпитализации больной предоставляет документ, удостоверяющий личность, направление из поликлинического отделения (форма 001-3/у "Направление на госпитализацию в стационар", утвержденная Приказом № 907).

27. Плановая госпитализация в стационар осуществляется не позже 30 минут с момента обращения пациента в приемное отделение стационара. Врач приемного покоя заполняет медицинскую карту стационарного больного (форма № 003/у "Медицинская карта стационарного больного", утвержденную Приказом № 907), при наличии у пациента медицинских показаний и согласия на получение медицинской помощи в соответствии с приложением 2 к настоящему Стандарту.

Отказ от медицинской помощи с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинских документах и подписывается пациентом либо его законным представителем, а также медицинским работником в соответствии с требованием статьи 93 Кодекса.

28. Дерматовенерологическая помощь на стационарном уровне включает в себя:

1) осмотр врачом приемного покоя стационара не позже 10 минут с момента поступления с целью определения состояния здоровья пациента, установления предварительного диагноза и определения плана лечения и обследования;

2) лабораторное и инструментальное обследование больного с целью верификации диагноза;

3) подбор и назначение лечения, в соответствии с имеющейся нозологией и клиническими протоколами осуществляются лечащими врачами и заведующими отделений;

4) организация и выполнение врачебных назначений;

5) установление заключительного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем Десятого пересмотра (далее – МКБ X пересмотра);

6) ежедневный осмотр лечащим врачом с целью коррекции диагностических и лечебных манипуляций (если не предусмотрена другая периодичность), кроме выходных и праздничных дней, когда осмотр осуществляется дежурным медицинским персоналом с заполнением формы № 003/у "Медицинская карта стационарного больного", утвержденной приказом № 907;

7) проведение консультаций смежных специалистов при необходимости и согласно клиническим протоколам;

8) экспертизу временной нетрудоспособности больных, обоснование временной нетрудоспособности больных и экспертизу лиц с признаками стойкой утраты трудоспособности согласно Приказу № 183;

9) выписка пациента с оформлением документации и выдачей на руки больному выписки из медицинской карты стационарного больного (форма 027/у "Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного (подчеркнуть) больного", утвержденная Приказом № 907) и документа, удостоверяющего временную нетрудоспособность;

10) оформление первичной медицинской документации в соответствии с Приказами № 907 и № 451.

29. В случае оказания медицинской помощи несовершеннолетним в отсутствие их родителей или законных представителей, врач впоследствии предоставляет им исчерпывающую информацию о состоянии здоровья ребенка и оказанной ему медицинской помощи.

30. При наличии медицинских показаний лечение дерматовенерологических больных осуществляется с привлечением врачей других специальностей, соответствующих квалификационным характеристикам к специальностям.

31. В случае выявления (подозрения) онкологического заболевания у дерматовенерологического больного во время оказания медицинской помощи больного направляют к специалисту онкологу с целью уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики лечения и медицинского наблюдения.

32. Лечение пациентов с ИППП проводится в амбулаторных условиях, за исключением больных вторичным сифилисом кожи и слизистых оболочек, которые подлежат госпитализации в дерматовенерологические стационарные отделения для проведения лечения в соответствии с клиническими протоколами.

33. Лечение больных висцеральным сифилисом проводится в условиях стационара – дерматовенерологического или терапевтического с учетом тяжести поражения. Лечение проводится врачом дерматовенерологом, назначающим специфическое лечение, совместно с терапевтом, рекомендуя сопутствующую и симптоматическую терапию.

34. Больным с клинически манифестными формами нейросифилиса специфическое лечение осуществляется в условиях неврологического/психиатрического стационара с участием врача дерматовенеролога. Больным с асимптомными формами нейросифилиса лечение проводится в условиях кожно-венерологических отделений круглосуточного пребывания КВД.

35. В случае одновременного заражения венерическим заболеванием психических больных, в том числе страдающих наркоманией и хроническим алкоголизмом, нуждающихся одновременно в лечении основного психического заболевания, больных острыми инфекционными заболеваниями, туберкулезом (бацилловыделители или с обострением основного туберкулезного процесса) лечение проводится в соответствующих специализированных стационарах под наблюдением специалистов территориальной дерматовенерологической организации.

36. Госпитализация беременных женщин до 30 недель беременности, нуждающихся в обследовании и лечении кожных и венерических болезней (если данная патология является основной) , проводится в дерматовенерологические медицинские организации, а госпитализация беременных женщин после 30 недель беременности – в организации родовспоможения.

37. Несовершеннолетние лица, доставляемые в МО из Центра временной изоляции, адаптации, реабилитации несовершеннолетних, и лица без определенного места жительства при выявлении у них венерического заболевания подлежат обязательному лечению в условиях стационара дерматовенерологической организации.

38. В целях охраны сведений, составляющих врачебную тайну, в листках временной нетрудоспособности и другой документации, выдаваемой больным с ИППП для предъявления по месту работы, учебы по желанию пациентов разрешается шифровать диагнозы специальным кодом болезней кожи и подкожной клетчатки (L 00-99) в соответствии с МКБ X пересмотра.

39. Письменные справки или устная информация о пациентах, находящихся или ранее находившихся на лечении по поводу ИППП, равно как и о фактах их обследования на ИППП выдаются на основаниях, предусмотренных действующим законодательством Республики Казахстан.

40. В журналах регистрации и медицинских картах пациентов с ИППП наряду с фамилиями указываются коды больных (порядковые номера) с ограничением приказом первого руководителя МО или его заместителя по медицинской части, числа лиц, имеющих доступ к информации о личности пациентов с ИППП, их паспортных или иных данных.

41. В случае нарушения больным с дерматовенерологическим заболеванием режима дня, установленного МО и (или) создания препятствий для лечебно-диагностического процесса, ущемления прав других пациентов на получение надлежащей медицинской помощи допускается выписка пациента из стационара до завершения курса лечения (при отсутствии непосредственной угрозы жизни) по решению руководителя МО или его заместителя по медицинской части с отметкой в медицинской карте стационарного больного и листке временной нетрудоспособности.

42. При отказе пациента с дерматовенерологическим заболеванием или его законного представителя от медицинской помощи врач оформляет запись в медицинской карте стационарного или амбулаторного больного с указанием возможных осложнений и последствий. Пациент или его законный представитель собственноручно пишет заявление об отказе от медицинской помощи и заверяет своей подписью. Заявление хранится в медицинской карте данного пациента.

43. При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего 18-летнего возраста, либо законных представителей лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинской помощи администрация МО обращается в органы опеки и попечительства и (или) в суд для защиты прав и интересов вышеуказанных лиц.

44. Оказание медицинской помощи без согласия граждан или их законных представителей в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами и расстройствами поведения, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, допускается на основаниях и в порядке, предусмотренном статьей 94 Кодекса.

45. При установлении окончательного диагноза венерического заболевания врач предоставляет больному для заполнения форму 065-2/у "Предупреждение лицу, заболевшему венерической болезнью", утвержденную Приказом № 907. После ознакомления и заполнения пациентом всех граф форма прикрепляется к "Медицинской карте больного венерическим заболеванием" (форма 065/у).

46. Сведения о больном венерическим заболеванием сообщаются правоохранительным органам в случае заражения венерической болезнью другого лица, повлекшим тяжкие последствия, а равно при заражении двух и более лиц либо заведомо несовершеннолетнего лицом, знавшим о наличии у него венерического заболевания с целью привлечения к принудительному лечению и привлечения к уголовной ответственности в соответствии со статьей 117 Уголовного Кодекса Республики Казахстан от 3 июля 2014 года.

47. Медицинские организации, имеющие частную форму собственности и ведомственную принадлежность при регистрации впервые выявленных ИППП в трех дневный срок обеспечивают передачу в КВД формы № 089/у "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, инфекций, передающихся преимущественно половым путем, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания", утвержденной Приказом № 907.

48. Перечень контингента, подлежащих обследованию на ИППП утвержден Приказом № 312.

49. Диагностика ИППП у дерматовенерологических больных проводится в соответствии с перечнем методов лабораторно-диагностических исследований по уровням оказания медицинской помощи согласно приложению 3 к настоящему Стандарту.

50. Период контрольного наблюдения больных ИППП является обязательной частью лечебного процесса при решении вопроса об излеченности пациента.

51. Клинико-серологический контроль (далее – КСК) после окончания специфического лечения осуществляется один раз в 3 месяца в течение первого года наблюдения и 1 раз в 6 месяцев в последующие годы с постановкой тех же нетрепонемных тестов, использованных при постановке диагноза. Больные ранними формами сифилиса, имевшие до лечения положительные результаты реакции микропреципитации (далее – РМП), находятся на КСК до негативации серологических нетрепонемных тестов, затем еще в течение шесть-двенадцать месяцев. Длительность КСК определяется врачом индивидуально в зависимости от результатов лечения.

52. Контроль излеченности гонореи проводится на основании клинико-лабораторных данных после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты не подлежат дальнейшему наблюдению.

53. Контроль излеченности инфекций уrogenитального тракта проводится на основании клинических и лабораторных показателей после окончания лечения, повторно через 3 месяца.

#### **4. Организация диагностики и проведения систематического диспансерного наблюдения за больными с дерматологическими и венерическими заболеваниями**

54. Участковые врачи терапевты, педиатры, врачи общей практики, профильные специалисты (далее – специалисты ПМСП) принимают участие в раннем выявлении кожных и венерических

заболеваний, в организации диспансерного наблюдения, проводят информационно-образовательную работу среди прикрепленного населения по формированию здорового образа жизни.

55. При выявлении дерматологических больных лечащий врач составляет план диспансерных мероприятий на год с указанием сроков их проведения. Больному предоставляется информация о датах явки, разъяснения о цели самой диспансеризации, значении и цели повторных явок к врачу.

56. План диспансерных мероприятий включает частоту наблюдения больных, консультации у смежных специалистов, обязательные и дополнительные лабораторно-инструментальные методы обследования в зависимости от тяжести процесса, а также противорецидивное и профилактическое лечение.

57. Критериями качества диспансеризации больных с дерматовенерологическими заболеваниями являются:

1) полнота охвата населения диспансерным наблюдением (расчет: число больных, состоящих под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода\*100/ среднегодовую численность обслуживаемого населения);

2) своевременность взятия больных с дерматовенерологическими заболеваниями под диспансерное наблюдение (расчет: число дерматовенерологических больных, взятых под диспансерное наблюдение в течение определенного периода (из числа лиц с впервые установленным диагнозом)\*100 /общее число вновь выявленных больных с дерматовенерологическими заболеваниями);

3) полнота обследования диспансерных больных, прошедших клинико-лабораторное обследование (расчет: число диспансерных больных, прошедших клинико-лабораторное обследование\*100/общее число диспансерных больных);

4) частота рецидивов и обострений дерматозов у больных, получавших лечение (расчет: число обострений (рецидивов) у лиц, получавших лечение\*100/ число лиц, прошедших курс лечения);

5) эффективность диспансеризации (расчет: сумма чисел диспансерных больных, состоящих под диспансерным наблюдением с улучшением состояния, отсутствием обострений в течение трех лет, отказом от диспансеризации, не явкой в течение трех лет \*100/ общее число пациентов, состоящих на учете на начало отчетного года.

Интервал колебания (пороговое значение критериев качества) исчисляется как среднее значение по анализам деятельности медицинской организации за период не менее трех лет.

	Приложение 1 к Стандарту организации оказания дерматовенерологической помощи населению Республики Казахстан
--	--

#### Перечень оснащения кабинета дерматовенеролога

Наименование оборудования	Количество
---------------------------	------------

Камера для хранения стерильного инструмента	1
Лампа люминесцентная для диагностики грибковых заболеваний	1
Набор инструментов дерматовенеролога	2
Дерматоскоп	1
Облучатель бактерицидный стационарный	1
Набор общеврачебный	1
Кушетка медицинская	1
Стол медицинский врача	1
Стол медицинской сестры	1
Стул медицинский врача	1
Стул медицинской сестры	1
Стул пациента	2
Ширма медицинская	1
Шкаф медицинский для документации	1
Шкаф медицинский для одежды	1
Лента измерительная	1
Лоток почкообразный	1
Секундомер	1
Стакан для дезинфекционного раствора	1
Термометр медицинский	5
Тонометр	1
Фонендоскоп	1
Шпатель медицинский	20

	<p style="text-align: center;">Приложение 2 к Стандарту организации оказания дерматовенерологической помощи населению Республики Казахстан</p>
--	--

### Согласие на получение медицинской помощи

Я, \_\_\_\_\_ получил

подробное разъяснение по поводу диагноза, особенностей течения моего

заболевания, вероятной длительности лечения и по прогнозу

(вероятность успешного исхода и исхода при отказе от лечения).

Мне даны полные разъяснения по плану обследования и лечения

(разъяснены возможные варианты медицинского вмешательства, связанные

с ними риски и их последствия).

Я извещен о необходимости соблюдать режим в ходе лечения,  
регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу  
о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых  
непрописанных препаратов (например, для лечения простуды, гриппа,  
головной боли и т.п.).

Я извещен, что несоблюдение рекомендаций врача, режима  
приема препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение  
и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я получил информацию об альтернативных методах лечения и имел  
возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся  
заболевания и лечения, получил на них удовлетворительные ответы.

С предложенным планом обследования и лечения согласен.

От предложенного плана обследования и лечения отказался.

(ненужное зачеркнуть)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

---

(подпись пациента или его законного представителя)

---

(печать и подпись лечащего врача)

Мне, \_\_\_\_\_,

предоставлена подробная информация о результатах проведенного

обследования и лечения. Все положения врачом разъяснены и понятны. Я

получил информацию, что и под чьим контролем должен делать после

выписки.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись пациента или его законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(печать и подпись лечащего врача)

Приложение 3  
к Стандарту организации оказания  
дерматовенерологической помощи  
населению Республики Казахстан

### Перечень методов лабораторно-диагностических исследований по уровням оказания медицинской помощи

№	Уровень	Методы исследований
Сифилис		
1	Фельдшерско-акушерский пункт (далее – ФАП), семейная врачебная амбулатория (далее – СВА)	Реакция микропреципитации (РМП) с кардиолипиновым антигеном или ее модификации – микрореакция с плазмой и инактивированной сывороткой
2	Кожно-венерологические кабинеты при поликлиниках, ЦРБ и РБ	- РМП с кардиолипиновым антигеном или ее модификации - RPR (Rapid Plasma Reagins) – тест быстрых плазменных реактивов - VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) и другие - ИФА – иммуноферментный анализ EIA (Enzymeimmuno assay) - КСР*
		- РМП с кардиолипиновым антигеном или ее модификации (RPR, VDRL и другие), - РПГА - реакция пассивной гемагглютинации (ТРНА (Treponema pallidum hemagglutination assay)),

3	Кожно-венерологические отделения, городской КВД, областной КВД	<ul style="list-style-type: none"> <li>- РИФ - реакция иммунофлюоресценции (FTA (Fluorescent treponemal antibody) с вариантами: РИФ - 200 (FTA-200), РИФ-абс (FTA-abs, FTA-abs Ig M)),</li> <li>- ИФА,</li> <li>- исследование ликвора,</li> <li>- КСР*</li> </ul>
4	Республиканский (НИКВИ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- РМП с кардиолипидным антигеном или ее модификации (RPR, VDRL и другие),</li> <li>- РПГА,</li> <li>- РИФ (FTA (Fluorescent treponemal antibody) с вариантами: РИФ - 200 (FTA-200); РИФ-абс (FTA-abs, FTA-abs Ig M),</li> <li>- ИФА,</li> <li>- исследование ликвора,</li> <li>- иммуноблотинг на Ig G к T.pallidum,</li> <li>- КСР*.</li> </ul>
Инфекции урогенитального тракта		
1	ФАП, СВА	Микроскопия
2	Кожно-венерологические кабинеты при поликлиниках, ЦРБ и РБ	Микроскопия, ИФА.
3	Кожно-венерологические отделения, городской КВД, областной КВД	Микроскопия, бактериологический метод, ИФА, методы амплификации нуклеиновых кислот (SDA, ПЦР и другие), РИФ.
4	Республиканский (НИКВИ)	Микроскопия, бактериологический метод, ИФА, методы амплификации нуклеиновых кислот (SDA, ПЦР и другие), РИФ

Примечание:

КСР\* - комплекс серологических реакций (реакция Вассермана) -

субъективно интерпретируемый тест, в настоящее время используемый

только на территории некоторых стран СНГ, не включен в международные

стандарты диагностики сифилиса (ВОЗ, CDC, Европейские стандарты).