

Дата:	ЧЕК-ЛИСТ	Мед.организация
	оценка полноты обследования пациента и обоснованности направления на консультацию в КГБУЗ ККОКБ им. профессора П.Г. Макарова по поводу возрастной и осложненной катаракты (Н25.1, Н25.2, Н25.8, Н25.9, Н26.2, Н26.3, Н26.8, Н26.9, Н28.0, Н28.1, Н28.2, Н28.8)	Наименование направляющей МО

№	Необходимые исследования	Ответ		Комментарий
		ДА	НЕТ	
2.	Анамнез заболевания: значимое снижение зрения, вызывающее необходимость оперативного лечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vis=0,3 и < с коррекцией либо н.к. на лучше видящем глазу
	Анамнез заболевания: значимое снижение зрения, ограничивающее жизнедеятельность пациента, при котором оперативное лечение проводится по желанию пациента	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vis=0,5 и < с коррекцией либо н.к. на лучше видящем глазу
1.1.	Правым глазом Левым глазом	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1.2.	Резкое Постепенное	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1.3.	Наличие травмы указанного глаза в анамнезе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нужное подчеркнуть: Контузия/ проникающая Указать давность травмы
1.4.	Давность наблюдения у офтальмолога по поводу катаракты, проведение медикаментозного лечения	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Указать период наблюдения, наименование ЛПП
1.5.	Наличие других заболеваний на указанном глазу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нужное подчеркнуть, иное указать Глаукома/ миопия/ увеит/ ВМД
1.6.	Наличие оперативных/лазерных вмешательств на указанном глазу в анамнезе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Указать давность и наименование
2.	Анамнез жизни:			
2.1.	Наличие аллергических реакций на ЛПП	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Указать наименование ЛПП
2.2.	Наличие сопутствующих заболеваний (состояний), являющихся противопоказанием к оперативному лечению глаз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Указать сопутствующие заболевания, давность ОНМК, ОИМ
3.	Пациент трудоспособного возраста, по заключению ВК признанный не годным к работе по причине катаракты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Указать реквизиты протокола ВК и пункты Пр. МЗСР России от 12.04.2011 №302н
4.	Объективные данные:			
4.1.	Определение остроты зрения без и с	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OD=

№	Необходимые исследования	Ответ		Комментарий	
		ДА	НЕТ		
	коррекцией			OS=	
4.2.	Измерение внутриглазного давления: по Маклакову/транспальпебрально / пневмотонометрия (подчеркнуть)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OD= OS=	мм рт. ст.
4.3.	Исследование полей зрения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Описать выявленные изменения	
4.4.	Результаты биомикроскопии:			указанного в п.1.1. глаза	
4.4.1.	Наличие признаков воспаления	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Гиперемия век и глазного яблока, патологическое отделяемое	
4.4.2.	Наличие изменений роговицы: • изменения формы • помутнения / рубцы/инфильтраты	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Нужное подчеркнуть: конусовидная/шаровидная центральные/периферические	
4.4.3.	Наличие изменений передней камеры: • изменения глубины • нарушение прозрачности	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Нужное подчеркнуть: мелкая/глубокая/неравно- мерная экссудат/транссудат/кровь	
4.4.4.	Наличие изменений радужки: • иридодонез • неправильной формы зрачков • изменение реакции зрачка на свет • новообразованные сосуды	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Нужное подчеркнуть: иридодиализ/ колобома: базаль- ная п/опер., врожденная/ задние синехии ослаблена/отсутствует/неравно- мерная в периферической зоне/в зрачко- вой	
4.4.5.	Наличие изменений хрусталика: • факодонез, псевдоэксфолиации В условиях мидриаза: смещение • помутнения локальные • помутнения диффузные • набухание	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Иное указать. Нужное подчеркнуть: Верхний край ниже /выше оптич. оси/ вывих в стекловид.тело В передней капсуле/в задней кап- суле/ ядерные/субкапсулярные начальные/неравномерн./интен- сивные	
4.4.6.	Наличие изменений стекловидн. тела: • детали просматриваются	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Нужное подчеркнуть: деструкция:нитчатая/зернистая/ грубая помутнения:слабовыражен./выра- жен.	
4.5.	Результаты офтальмоскопии на фоне медикаментозного мидриаза:			указанного в п.1.1. глаза	

№	Необходимые исследования	Ответ		Комментарий
		ДА	НЕТ	
4.5.1.	Наличие изменений глазного дна: <ul style="list-style-type: none"> • детали просматриваются 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нужное подчеркнуть: ДЗН бледный/экскавация В макулярной зоне дистрофич. изменения/отек/геморрагии
5.	Диагноз основной: катаракта (основная причина снижения зрения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	указанного в п.1.1. глаза
5.1.	возрастная	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нужное подчеркнуть: Начальная / незрелая/ зрелая
5.2.	осложненная	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нужное подчеркнуть: Неполная/ полная
6.	Сопутствующие офтальмологические заболевания, состояния, являющиеся индивидуальными факторами риска (Глаукома, предшествующая внутриглазная хирургия, миопия высокой степени, увеит, псевдоэксфолиативный синдром и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Указать полный офтальмологический диагноз
7.	Наличие офтальмопатологии парного глаза	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Указать полный офтальмологический диагноз
8.	Сопутствующие общие заболевания, состояния, являющиеся индивидуальными факторами риска (Сахарный диабет, гипертоническая болезнь, длительный прием ГКС и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Указать полный диагноз.

Заключение:

№	Обоснование направления	Ответ		Комментарий
		ДА	НЕТ	
1.	Наличие медицинских показаний к хирургическому лечению катаракты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Острота зрения с коррекцией 0,3 и < по причине катаракты. Клинически значимая анизометропия в результате катаракты. Для лечения вторичной факогенной глаукомы, факогенного увеита

№	Обоснование направления	Ответ		Комментарий
		ДА	НЕТ	
2.	Наличие социальных показаний к хирургическому лечению катаракты по заключению ВК (см. п.3 необх. исслед.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	В результате проведения операции ожидается повышение остроты зрения до требуемой
3.	Наличие противопоказаний к хирургическому лечению катаракты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ситуации, когда не ожидается улучшения зрительных функций в результате проведения операции и при этом отсутствуют фактогенная вторичная глаукома, фактогенный увеит; противопоказания по общему состоянию; воспалительные заболевания краев век и конъюнктивы, слезных путей
4.	Наличие у пациента льгот, дающих право на получение плановой медицинской помощи вне очереди	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	указать соответствующую категорию граждан, при наличии соответствующего удостоверения (см. Перечень на сайте ККОКБ)

ФИО, должность лечащего врача