

## СХЕМА

### проведения диспансеризации взрослого населения

№ п/п	Лабораторные, инструментальные и иные исследования	Периодичность проведения медицинских осмотров в группах диспансерного наблюдения	
		с 18 до 39 лет	с 40 лет и старше
1	Проведение анкетирования	1 раз в 3 года	1 раз в год
2	Осмотр полости рта и кожных покровов, осмотр и пальпация периферических лимфатических узлов	1 раз в 3 года	1 раз в год
3	Измерение роста, см	1 раз в 3 года	1 раз в год
4	Измерение веса, кг	1 раз в 3 года	1 раз в год
5	Измерение окружности талии, см	1 раз в 3 года	1 раз в год
6	Определение индекса массы тела, кг/м	1 раз в 3 года	1 раз в год
7	Измерение артериального давления	1 раз в 3 года или при первом обращении в текущем году	1 раз в год
8	Общий анализ крови	при отклонениях, выявленных по результатам анкетирования и (или) медицинского осмотра	при отклонениях, выявленных по результатам анкетирования и (или) медицинского осмотра
9	Общий анализ мочи	при отклонениях, выявленных по результатам анкетирования и (или) медицинского осмотра	при отклонениях, выявленных по результатам анкетирования и (или) медицинского осмотра
10	Определение глюкозы крови	при отклонениях, выявленных по результатам анкетирования и (или) медицинского осмотра	при отклонениях, выявленных по результатам анкетирования и (или) медицинского осмотра
11	Электрокардиография	при отклонениях, выявленных по результатам анкетирования и (или) медицинского осмотра	при отклонениях, выявленных по результатам анкетирования и (или) медицинского осмотра
12	Общий холестерин	при отклонениях, выявленных по результатам анкетирования	при отклонениях, выявленных по результатам анкетирования
13	Рентгенпрофилактическое исследование	1 раз в 3 года; контингентам, угрожаемым по заболеванию туберкулезом органов дыхания, – 1 раз в год	1 раз в 2 года; контингентам, угрожаемым по заболеванию туберкулезом органов дыхания, – 1 раз в год
14	Медицинский осмотр женщин в смотровом кабинете (акушерка или врач-акушер-гинеколог) с выполнением исследования биологического материала на определение вируса папилломы человека методом полимеразной цепной реакции. Цитологическое исследование по результатам полимеразной цепной реакции	30, 35 лет	40, 45, 50, 55, 60 лет
15	Измерение внутриглазного давления		1 раз в год

16	Маммография обеих молочных желез в двух проекциях	49–58 лет 1 раз в 3 года
17	Определение простатспецифического антигена (мужчины)	45–65 лет 1 раз в 2 года
18	Анализ кала на скрытую кровь	50, 57, 64 года (при положительном результате анализа кала на скрытую кровь выполняется фиброколоноскопия)

## СХЕМА

### проведения диспансеризации детей в возрасте до 1 года

№ п/п	Медицинские осмотры, лабораторные, инструментальные и иные исследования	Кратность выполнения в месяцы жизни ребенка					
		до 1 месяца	1 месяц	2 месяца	3 месяца	4–11 месяцев	12 месяцев
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Врач-педиатр участковый (врач общей практики)	на дому: в первые 3 дня после выписки, на 3-й неделе жизни	по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в месяц				
2	Медицинская сестра участковая (помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи, фельдшер, акушерка) (на дому)	в первые 3 дня после выписки, далее – 1 раз в неделю	по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в месяц				
3	Врач – детский невролог (врач-невролог)		по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в период с 1 до 3 месяцев жизни				
4	Врач – детский хирург (врач-хирург, врач-травматолог-ортопед)		по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в период с 1 до 3 месяцев жизни				
5	Врач-офтальмолог					по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в период с 4 до 12 месяцев жизни	
6	Врач-оториноларинголог	по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в течение года					
7	Врач-стоматолог детский (врач-стоматолог, фельдшер зубной)						1
8	Измерение веса, кг		по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в месяц				
9	Измерение роста, см		по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в месяц				
10	Измерение окружности головы, груди, см		по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в месяц				
11	Общий анализ крови		по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в период с 1 до 2 месяцев жизни				1

12	Общий анализ мочи		по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в период с 1 до 2 месяцев жизни			1
13	Электрокардиография		1 раз при отсутствии данных о записи электрокардиографии в период новорожденности			
14	Аудиологическое исследование	не менее 1 раза за 3 месяца жизни				

## СХЕМА

### проведения диспансеризации детей в возрасте от 1 года до 17 лет

№ п/п	Медицинские осмотры, лабораторные, инструментальные и иные исследования	Кратность выполнения в годы жизни ребенка							
		1–2 года	2–3 года	3–5 лет	5–6 лет	6–14 лет	14–15 лет	15–16 лет	17 лет
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Врач-педиатр участковый (врач общей практики)	2 раза в год		1 раз в год					
2	Врач – детский невролог (врач-невролог)		1*		1**		1		1
3	Врач – детский хирург (врач-хирург, врач-травматолог-ортопед)				1**		1		1
4	Врач-офтальмолог		1*		1**		1		1
5	Врач-оториноларинголог						1		1
6	Врач-стоматолог детский (врач-стоматолог, фельдшер зубной)	1 раз в год							
7	Врач-акушер-гинеколог		1*		1**	1**	1 раз в год		
8	Учитель-дефектолог			1 раз в возрасте 4 лет	1**				
9	Общий анализ крови		1*		1**		1		1
10	Общий анализ мочи		1*		1**		1		1
11	Глюкоза крови				1**	1	1		1
12	Электрокардиография				1**	1 раз в возрасте 10 лет	1		1
13	Рентгенфлюорографическое обследование								1
14	Измерение артериального давления					1 раз в год			
15	Измерение веса, кг	2 раза в год		1 раз в год					
16	Измерение роста, см	2 раза в год		1 раз в год					
17	Определение остроты зрения			1 раз в год с 4 лет					
18	Определение остроты слуха		1		1**	1 раз в год с 11 лет			
19	Оценка осанки			1 раз в год с 4 лет					

20	Модифицированный скрининговый тест на наличие аутизма у детей раннего возраста	1	1	
----	--	---	---	--

\* При оформлении в учреждение дошкольного образования.

\*\* При оформлении в учреждение общего среднего образования.

Форма 1-А

## АНКЕТА

### выявления факторов риска развития неинфекционных заболеваний

Дата проведения анкетирования:			
Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется):			
Номер телефона (с указанием кода):			
Число, месяц, год рождения:		Возраст:	
<b>Оценка факторов риска развития болезней системы кровообращения</b>			
1	Беспокоят ли Вас при физической нагрузке боли и (или) ощущение давления, жжения, тяжести, явного дискомфорта за грудиной, и (или) в левой половине грудной клетке, и (или) левом плече, и (или) левой руке?	Да врач общей практики (далее – ВОП), электрокардиография (далее – ЭКГ), анализ крови с определением общего уровня холестерина (далее – ХС)	Нет
2	Досаливаете ли Вы приготовленную пищу?	Да ВОП, ЭКГ, ХС	Нет
3	Были ли у Вас эпизоды повышения артериального давления?	Да ВОП, ЭКГ, ХС	Нет
4	Были ли у Вас потери сознания?	Да ЭКГ, ВОП, анализ крови с определением глюкозы крови (далее – глюкоза крови)	Нет
5	Беспокоит ли Вас ощущение перебоев и пауз в работе сердца, и (или) очень быстрое биение сердца, и (или) чрезвычайно медленное биение сердца?	Да ВОП, ЭКГ, ХС	Нет
<b>Оценка факторов риска развития сахарного диабета 2 типа</b>			
6	Вы тратите на физическую активность менее 30 минут в день?	Да ВОП, ЭКГ, ХС, глюкоза крови	Нет
7	Был ли сахарный диабет у ваших близких родственников (у матери, отца, родных сестер и братьев)	Да ВОП, глюкоза крови	Нет

8	Вы не употребляете ежедневно фрукты и/или овощи (не считая картофеля)?	Да ВОП, ЭКГ, ХС, глюкоза крови	Нет
9	Выявляли ли у Вас когда-либо повышение уровня глюкозы в крови (при проведении диспансеризации, во время болезни, в период беременности)?	Да ВОП, глюкоза крови	Нет
<b>Оценка факторов риска развития онкологических заболеваний</b>			
10	Отмечаете ли Вы снижение массы тела за последние 6 месяцев без очевидных на то причин?	Да общий анализ крови (далее – ОАК), рентгенпрофилактическое исследование органов грудной клетки (далее – РФО), ВОП	Нет
11	Отмечаете ли Вы повышение температуры тела без видимых на то причин?	Да ВОП, ОАК, общий анализ мочи (далее – ОАМ), РФО	Нет
12	Отмечаете ли вы изменение цвета, размера, формы любой родинки, появление боли, чувствительности, признаков воспаления в области какой-либо родинки либо иных изменений, вызывающих у Вас беспокойство?	Да ОАК, РФО, ВОП	Нет
13	Отмечаете ли Вы появление на коже, губах, в полости рта, в области наружных половых органов поврежденных участков кожи, ран, пятен, в том числе с шелушением, болью, зудом, кровоточивостью, не заживающих в течение 1 месяца?	Да ОАК, РФО, медицинский осмотр в смотровом кабинете с выполнением цитологического исследования (для женщин) (далее – смотровой кабинет), ВОП	Нет
14	Имеется ли у Вас упорный сухой кашель или кашель с прожилками крови в мокроте, одышка, боли в грудной клетке в течение последних 6 месяцев?	Да ОАК, РФО, ВОП	Нет
15	Стало ли Вас беспокоить отвращение к еде, затруднение глотания, боли в животе, затруднение мочеиспускания, кровянистые выделения, не наблюдаемые ранее?	Да ОАК, ОАМ, ВОП, анализ крови с определением простатспецифического антигена (для мужчин) (далее – ПСА), РФО, смотровой кабинет	Нет
16	Имеется ли у Вас уплотнение, припухлость, изменение формы молочных желез, выделения из соска?	Да ВОП, смотровой кабинет	Нет
17	Отмечаете ли вы изменение голоса (охриплость, осиплость, гнусавость)?	Да ВОП, ОАК	Нет
<b>Оценка факторов риска развития хронических обструктивных заболеваний легких</b>			

18	Курите ли Вы?	Да ВОП, ЭКГ, ХС, РФО	Нет
19	Ощущаете ли Вы в груди посторонний звук (хрипы, свист, другие звуки)?	Да РФО, ВОП	Нет
20	Имеется ли у Вас длительный (более двух недель) кашель с отхождением густой или вязкой мокроты?	Да РФО, ВОП	Нет
21	В случае наличия жалоб или симптомов, которые не указаны в анкете, проинформируйте об этом медицинского работника		

Подтверждаю правильность предоставленных ответов

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(инициалы, фамилия)