



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ

ПРИКАЗ

от 14.04.2017

№ 688

г.Симферополь

*О порядке проведения
компьютерных и магнитно-резонансных
томографий амбулаторным и стационарным
пациентам Республики Крым*

Во исполнение Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи гражданам в Республике Крым на 2017 год, утвержденной постановлением Совета министров Республики Крым от 29 декабря 2016 г. № 658 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым на 2017 год», приказом Министерства здравоохранения Республики Крым от 18.04.2016 № 557 (с изменениями и дополнениям), Положением о Министерстве здравоохранения Республики Крым, утвержденным постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 года №149, в целях эффективного использования имеющихся ресурсов компьютерных и магнитно-резонансных томографов в медицинских организациях реализующих Государственную программу «Программа модернизации здравоохранения Республики Крым», а также с целью организации порядка учета, отбора и направления амбулаторных и стационарных пациентов на компьютерную томографию (далее - КТ) и магнитно-резонансную томографию (далее - МРТ),

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Порядок отбора, направления пациентов на КТ, МРТ и проведения исследований (приложение № 1 к настоящему приказу).

1.2. Форму бланка типового направления на КТ (приложение № 2 к настоящему приказу).

1.3. Перечень показаний и противопоказаний при направлении пациентов на КТ, МРТ (приложение № 3 к настоящему приказу).

1.4. Порядок учета и регистрации пациентов, проходящих КТ и МРТ (Приложение № 4 к настоящему приказу).

1.5. «Информированное добровольное согласие на проведение магнитно-резонансной томографии» (Приложение №5 к настоящему приказу).

1.6. «Форму записи проведенных МР-исследований» (Приложение № 6 к настоящему приказу).

1.7. «Форму ожидания плановых диагностических исследований амбулаторным пациентам (МРТ, КТ)» (Приложение № 7 к настоящему приказу).

1.8. Гарантированное количество мест (квоты), выделяемых для плановой записи пациентов на МРТ (Приложение №8 к настоящему приказу).

2. Руководителям медицинских организаций, подведомственным Министерству здравоохранения Республики Крым, направляющих пациентов на КТ и МРТ:

2.1. Обеспечить отбор и направление амбулаторных пациентов, нуждающихся в проведении КТ, МРТ в соответствии с приложением №1 к настоящему приказу.

2.2. Назначить приказами по медицинской организации должностных лиц, ответственных за обоснованность направления пациентов на КТ, МРТ (председателей ВК) с учетом имеющихся квот и маршрутизации. Копии приказов направить в ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А.Семашко» главному внештатному специалисту Министерства здравоохранения Республики Крым по лучевой и инструментальной диагностике Филиппову А.В.

Срок – 2 квартал 2017 года

2.3. Осуществлять направление пациентов на КТ и МРТ в соответствии приказами Министерства здравоохранения Республики Крым Республики Крым от 18.04.2016 № 557 «О режимах работы компьютерных и магнитно-резонансных томографов в Республике Крым», 29.09.2016 №1554 «О внесении изменений в приказ МЗ РК от 18.04.2016 №557 «О режимах работы компьютерных и магнитно-резонансных томографов в Республике Крым», 05.10.2016 №1601 «О внесении изменений в приказ МЗ РК от 18.04.2016 №557 «О режимах работы компьютерных и магнитно-резонансных томографов в Республике Крым», приложением №9 настоящего приказа.

2.4. Ознакомить медицинский персонал медицинских организаций с настоящим приказом.

3. Руководителям медицинских организаций, подведомственным Министерству здравоохранения Республики Крым, осуществляющих проведение КТ, МРТ:

3.1. Обеспечить проведение исследований в сроки, установленные действующей Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым.

3.2. Вести учет и регистрацию пациентов в соответствие с порядком учета и регистрации пациентов, проходящих КТ и МРТ (Приложение № 4 к настоящему приказу).

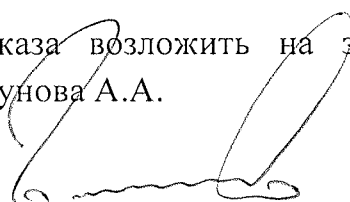
3.3. Обеспечить и контролировать наличие в медицинской организации документации в соответствии с приложениями № 6 и № 7 к настоящему приказу.

3.4. Обеспечить кабинеты КТ, МРТ стационарной (с выделенной линией) и мобильной связью.

4. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Крым от 31.10.2016 №1814 «О внесении изменений в приказ МЗ РК от 18.04.2016 №557 «О режимах работы компьютерных и магнитно-резонансных томографов в Республике Крым».

5. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Республики Крым Шаклунова А.А.

Министр



А.И. Голенко

ПОРЯДОК ОТБОРА, НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ НА КТ, МРТ И ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ

1. На плановые диагностические исследования - КТ, МРТ, (далее «Исследования») направляются лица, застрахованные в системе ОМС, в соответствии с имеющимися медицинскими показаниями и противопоказаниями,

2. За одно исследование принимается 1 вид исследования указанный в номенклатуре медицинских услуг, имеющий свой код (утверждены приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.11г. №1664н).

3. За 1 место по квоте принимается 1 вид исследования, указанный в номенклатуре медицинских услуг.

4. Отбор и направление амбулаторных пациентов осуществляется врачебной комиссией (ВК) медицинской организации на основании:

- заключение лечащего врача, с учетом наличия показаний и противопоказаний;

- невозможности получить диагностическую информацию другими методами лучевой или инструментальной диагностики;

- наличия Исследования в стандартах оказания медицинской помощи по нозологиям;

- наличия договоров на соответствующие услуги с медицинскими организациями.

5.Отбор и направление стационарных пациентов (из других ЛПУ) 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 Исследования в стандартах оказания медицинской помощи по нозологиям;

- наличия договоров на соответствующие услуги с медицинскими организациями.

6. Отбор и направление пациентов осуществляется с учетом утвержденных квот (Приложение №8) настоящего Приказа.

7. После решения ВК о необходимости проведения Исследования амбулаторному пациенту, вносится запись в амбулаторной карте пациента за подписью председателя ВК (зав.отделением, зав.поликлиникой), выдается направление на Исследование по форме 057/у-04., утвержденной Минздравом РФ от 22.11.2004г. № 255, типовое направление на КТ (приложение №2) или типовое направление на МРТ, утвержденное Приказом министерства здравоохранения Республики Крым от 29.09.16г. №1564.

8. После выдачи направление на Исследование по форме 057/у-04 (амбулаторным пациентам), или обоснования в истории болезни (стационарным пациентам), в зависимости от вида исследования медицинской организацией выдается типовое направление на КТ (приложение №2 данного приказа) или

типовое направление на МРТ, утвержденное Приказом министерства здравоохранения Республики Крым от 29.09.16г. №1564.

9. Типовое направление на Исследование должно быть заверено печатью и штампом медицинской организации, подписями направляющего врача и председателя ВК (зав.отделением), все поля типового направления должны быть заполнены (включая показатели креатинина и мочевины в случае направления на контрастные исследования).

10. Проведение Исследования осуществляется в сроки, установленные действующей Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым, от момента записи на Исследование.

11. Запись на Исследования осуществляется путем личного обращения пациента или по телефону.

12. Для записи, проведения исследования необходимо представить следующие документы (изымаются при проведении исследования):

- ксерокопию паспорта;
- ксерокопию полиса обязательного медицинского страхования;
- ксерокопию СНИЛС;
- оригинал типового направления на КТ или МРТ;
- оригинал направления по форме 057/у-04;
- 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, подписанные врачом-рентгенологом, диагностическими изображениями в течение 24 часов. При необходимости записи диагностических изображений на внешний носитель (CD-диск), последний предоставляется пациентом в день исследования.

14. Отказ в проведении Исследования.

14.1. Основаниями для отказа в записи, проведении Исследования являются:

- ненадлежащее оформление Типового направления, направления по форме 057/у (наличие не заполненных полей, отсутствие должных печатей и подписей).
- предоставление не полного перечня документов, предусмотренных п. 12 данного Порядка.
- превышение медицинской организацией выделенных квот, нарушение порядка утвержденной маршрутизации.
- наличие абсолютных (выраженных относительных) противопоказаний для проведения КТ или МРТ.

- прекращение действия договора на оказание медицинских услуг в связи с исполнением сторонами всех обязательств (достижение лимита исследований).

14.2. 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, (копия возвращается пациенту, оригинал прикладывается к амбулаторной карте).

Код ОГРН	
----------	-------------

(вид и область исследования)

да ☐ нет ☐

1. Ф.И.О. _____ 3. Вес пациента _____

2. Дата рождения _____ 4. Контактный телефон пациента _____

5. Адрес места жительства

6. Место работы _____

7. Предварительный диагноз	Код по МКБ	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>
----------------------------	------------	---

8. Цель, задачи, обоснование КТ

9. Сопутствующие заболевания: тиретоксикоз, 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

[illegible]

Врач-рентгенолог

(Ф.И.О., подпись)

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

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОТБОРА ПАЦИЕНТОВ НА КТ И МРТ

- 1. Показания для проведения Исследований (КТ, МРТ) указаны в утвержденных стандартах оказания медицинской помощи при различных нозологиях.**
- 2. Противопоказания для КТ без внутривенного контрастирования:**
 - 2.1. Относительные противопоказания**
 - 2.1.1. Беременность (по жизненным показаниям при наличии согласия пациента или родственников).
 - 2.1.2. Антропометрические особенности (масса тела исследуемого более 180 кг, объем живота более 150 см. - ограничения определяются фирмой - производителем аппарата, его конструктивными особенностями).
 - 2.1.3. Наличие металлических зубов, танталовых скобок на груди, кав-фильтров. Вопрос о целесообразности исследования решается путем консультации с рентгенологом.
 - 2.1.4. Клаустрофобия, гиперкинезы психические заболевания невозможности седатации.
 - 2.1.5. Детский возраст.
- 3. Противопоказания для КТ с внутривенным контрастированием:**
 - 3.1. Абсолютные противопоказания:**
 - 3.1.1. ОПН, ХПН (скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин.).
 - 3.1.2. Декомпенсированный тиреотоксикоз.
 - 3.1.3. Аллергия на йодсодержащие препараты в анамнезе с тяжелыми аллергическими реакциями, анафилаксией).
 - 3.2. Относительные противопоказания**
 - 3.2.1. Декомпенсация основного заболевания.
 - 3.2.2. Беременность (по жизненным показаниям при наличии согласия пациента или родственников).
 - 3.2.3. Антропометрические особенности (масса тела исследуемого более 180 кг, объем живота более 150 см. - ограничения определяются фирмой - производителем аппарата, его конструктивными особенностями).
 - 3.2.4. Наличие металлических зубов, танталовых скобок на груди, кав-фильтров. Вопрос о целесообразности исследования решается путем консультации с рентгенологом.
 - 3.2.5. Клаустрофобия, гиперкинезы психические заболевания невозможности седатации.
 - 3.2.6. Детский возраст.
- 4. Противопоказания для МРТ без внутривенного контрастирования**
 - 4.1. Абсолютные противопоказания:**
 - 4.1.2. Наличие кардиостимулятора.
 - 4.1.3. Ферромагнитные или электронные имплантаты среднего уха.
 - 4.1.4. Большие металлические имплантаты, ферромагнитные осколки.
 - 4.1.5. Кровоостанавливающие ферромагнитные клипсы сосудов головного мозга.

4.2. Относительные противопоказания:

- 4.2.1.** Антропометрические особенности (масса тела исследуемого более 180 кг, объем живота более 130 см.- ограничения определяются фирмой - производителем аппарата, его конструктивными особенностями).
- 4.2.2.** Декомпенсированная сердечная недостаточность.
- 4.2.3.** Наличие металлических инородных, в т.ч. ятрогенных ферромагнитных тел, элетроприборов:
 - инсулиновые насосы, нервные стимуляторы, имплантаты внутреннего уха, протезы клапанов сердца, кровоостанавливающие клипсы (кроме сосудов мозга).
 - наличие осколков, пуль, послеоперационных металлоконструкций.
- 4.2.4.** Лучевая терапия, обширные абдоминальные, проктологические операции (не ранее чем через два месяца, наличие протокола операции обязательно).
- 4.2.5.** Не ранее 7 дней после проведения контрастной клизмы с бариевой взвесью.
- 4.2.6.** Клаустрофобия, гиперкинезы, психические заболевания при невозможности седатации.

5. Противопоказания для МРТ с внутривенным контрастированием

5.1 Абсолютные противопоказания

- 5.1.1.** ОПН, ХПН (скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин.).
- 5.1.2.** Беременность.
- 5.1.3.** Наличие кардиостимулятора.
- 5.1.4.** Ферромагнитные или электронные имплантаты среднего уха.
- 5.1.5.** Большие металлические имплантаты, ферромагнитные осколки.
- 5.1.6.** Кровоостанавливающие ферромагнитные клипсы сосудов головного мозга.

5.2. Относительные противопоказания:

- 5.2.1.** Антропометрические особенности (масса тела исследуемого более 180 кг, объем живота более 130 см.- ограничения определяются фирмой - производителем аппарата, его конструктивными особенностями).
- 5.2.2.** Декомпенсированная сердечная недостаточность.
- 5.2.3.** Наличие металлических инородных, в т.ч. ятрогенных ферромагнитных тел, элетроприборов:
 - инсулиновые насосы, нервные стимуляторы, имплантаты внутреннего уха, протезы клапанов сердца, кровоостанавливающие клипсы (кроме сосудов мозга).
 - наличие осколков, пуль, послеоперационных металлоконструкций.
- 5.2.4.** Лучевая терапия, обширные абдоминальные, проктологические операции (не ранее чем через два месяца, наличие протокола операции обязательно).
- 5.2.5.** Не ранее 7 дней после проведения контрастной клизмы с бариевой взвесью.
- 5.2.6.** Клаустрофобия, гиперкинезы, психические заболевания при невозможности седатации.

Учет и регистрация пациентов, проходящих КТ и МРТ

1. Регистрацию пациентов направленных на КТ или МРТ, вести в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (учетная форма №025/у (далее Карта), утвержденной приказом Минздрава России от 15.12.2014г. №834н.
2. В Карту вклеиваются следующие документы:
 - оригинал направления на Исследование по форме 057/у-04 (для амбулаторных пациентов),
 - ксерокопия титульной страницы истории болезни (для стационарных пациентов)
 - оригинал Типового направления на КТ (МРТ),
 - ксерокопия паспорта (для амбулаторных пациентов),
 - ксерокопия полиса обязательного медицинского страхования (для амбулаторных пациентов),
 - ксерокопия СНИЛСа (для амбулаторных пациентов),
 - информированное согласие на проведение МРТ (п.5),
 - протокол проведенного Исследования (допускается только заключение врача-рентгенолога с номером протокола исследования и Ф.И.О. пациента).
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. Пункт 32 обязателен к заполнению при проведении рентгенологических исследований. Пункты 10-19, 20-22 не являются обязательными для заполнения.
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 указания в название документа вида медицинского вмешательства – МРТ (в связи с отсутствием МРТ в перечне диагностических исследований предлагаемой формы). Допускается замена существующей формы согласия на внутреннюю форму Информированного согласия на проведение магнитно-резонансной томографии, разработанную и утвержденную медицинской организацией (пример в Приложении №5).
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, Утверждена приказом Минздрава России от 15.12.2014г. №834н) 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 по форме 057/у-04,
 - ксерокопия титульной страницы истории болезни (для стационарных пациентов),
 - оригинал Типового направления на КТ (МРТ),
 - информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (информированное согласие на проведение МРТ, п.5).
 - протокол проведенного Исследования (или заключение врача-рентгенолога с номером протокола исследования).
10. Жизненный цикл Карт в отделениях рентгенологии, отделениях лучевой диагностики, кабинетах КТ и МРТ составляет 1 календарный год, после чего Карты передаются в архив медицинской организации.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МРТ

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, а так же 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.

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: анафилактикоидных 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 _____ 201__ г.

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

Форма записи проведенных МР-исследований.

Гарантированное количество мест (квоты), для записи плановых пациентов на МРТ по Республике Крым

Наименование ЛПУ	Контингент	Районы, города	Количество мест в месяц
ГБУЗ РК РКБ им. Н.А. Семашко	Взрослые		
		г. Симферополь	40*
		г. Армянск	3
		г. Джанкой, Джанкойский р-н	10
		г. Керчь	17
		г. Красноперекоск, Красноперекоский р-н	6
		г. Судак	4
		г. Феодосия	11
		Белогорский р-н	7
		Кировский р-н	6
		Красногвардейский р-н	10
		Ленинский р-н	7
		Нижнегорский р-н	5
		Первомайский р-н	4
		Раздольненский р-н	3
		Симферопольский р-н	18
		Советский р-н	4
		Черноморский р-н	3
ГБУЗ РК «Ялтинская городская больница №1»	Взрослые, дети		
		г. Ялта	Взрослые 46 Дети 8
		г. Алушта	Взрослые 17 Дети 3
		г. Бахчисарай, Бахчисарайский р-н	Взрослые 28 Дети 7
		г. Саки, Сакский р-н	Взрослые 10 Дети 2
		г. Евпатория	Взрослые 39 Дети 8
ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница»	Дети		
		г. Симферополь	21**
		г. Армянск	1
		г. Джанкой	2
		г. Керчь	5
		г. Красноперекоск	1
		г. Судак	3
		г. Феодосия	3
		Белогорский р-н	3
		Джанкойский р-н	3
		Кировский р-н	2
		Красногвардейский р-н	3
		Красноперекоский р-н	1

		Ленинский р-н	2
		Нижегородский р-н	2
		Первомайский р-н	2
		Раздольненский р-н	1
		Симферопольский р-н	7
		Советский р-н	2
		Черноморский р-н	2

Гарантированное количество мест (квоты), выделяемых для плановой записи взрослых пациентов на МРТ по ЛПУ г. Симферополя*

Наименование ЛПУ исполнителя	Контингент	ЛПУ заказчики по г. Симферополю	Количество мест в месяц
ГБУЗ РК РКБ им. Н.А. Семашко	Взрослые		
		ГБУЗ РК «Симферопольская городская больница №7»	7
		ГБУЗ РК «КРОКД им В.М. Ефетова»	3
		ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница скорой медицинской помощи №6»	4
		ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии»	2
		ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический госпиталь для ветеранов войн»	1
		ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница»	1
		ГБУЗ РК «Симферопольская поликлиника № 2»	6
		ГБУЗ РК «Симферопольская поликлиника № 3»	6
		ГБУЗ РК «Симферопольская поликлиника № 4»	6
		ГБУЗ РК «Симферопольская поликлиника № 5»	2
		СП Диагностический центр	2

Гарантированное количество мест (квоты), выделяемых для плановой записи детей на МРТ по ЛПУ г. Симферополя**

Наименование ЛПУ исполнителя	Контингент	ЛПУ заказчики по г. Симферополю	Количество мест в месяц
ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница»	Дети	ГБУЗ РК «Республиканская детская инфекционная клиническая больница»	5
		ГБУЗ РК «Республиканский	2

		специализированный дом ребенка для детей с поражением центральной нервной системы и нарушением психики «Ёлочка»	
		ГБУЗ РК «Симферопольская городская детская клиническая больница»	11
		ГБУЗ РК «Крымская республиканская клиническая психиатрическая больница № 1»	1
		ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» СП Перинатальный центр	1
		ГБУЗ РК «Симферопольский клинический родильный дом № 1»	0,5
		ГБУЗ РК «Симферопольский клинический родильный дом № 2»	0,5