

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»

**Регламент
по разработке/пересмотру клинических протоколов**

Астана, 2016

1. Общие положения

1. Регламент по разработке/пересмотру клинических протоколов (далее – Регламент) разработан в соответствии с подпунктом б) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения».

2. Настоящий Регламент определяет основные положения по проведению приоритизации тем КП, порядок проведения, согласования и утверждения КП в условиях внедрения сотрудничества с профессиональными медицинскими ассоциациями.

3. Основной целью разработки Регламента является стандартизация процесса приоритизации тем КП, составления, согласования и утверждения КП для дальнейшего обеспечения безопасности и качества медицинских услуг.

4. В настоящем Регламенте используются следующие термины и определения:

1) автоматизированная информационная система (далее - АИС) – совокупность программно-аппаратных средств, предназначенных для автоматизации деятельности, связанной с обработкой информации;

2) доказательная медицина – использование в медицинской практике методов диагностики, лечения, реабилитации, профилактики, паллиативной помощи заболеваний с научно доказанной эффективностью и безопасностью;

3) клинический протокол (далее – КП) – документ, устанавливающий общие требования к оказанию медицинской помощи пациенту при определенном заболевании или клинической ситуации. КП не является нормативным правовым актом и имеет рекомендательный характер. А так же является одним из инструментов внедрения КР в практическое здравоохранение;

4) клиническое руководство (далее – КР) – это рекомендации о применении профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в лечении больных, основанные на доказательной медицине;

5) объединенная комиссия по качеству медицинских услуг (далее - ОКК) является постоянно действующим консультативно-совещательным органом при Министерстве здравоохранения и социального развития Республики Казахстан.

б) организация-заявитель – орган/организация, которая инициирует разработку/пересмотр КП;

7) приоритет – это сравнительная характеристика критериев позволяющая определить более значимую относительную важность выбранного направления проблемы;

8) рабочая группа КП – группа профильных специалистов, прошедших соответствующее обучение по доказательной медицине, целью которых является разработка/пересмотр КП, разработка внешних и внутренних индикаторов для мониторинга внедрения КП в практическое здравоохранение, а также участие в системе внедрения и контроля КП;

9) разработка КП – процесс поиска и критической оценки информации в соответствии с принципами доказательной медицины, создания практических

рекомендаций для диагностики, лечения, реабилитации, первичной и вторичной профилактики приоритетного заболевания или клинического состояния;

10) совершенствование КП – процесс пересмотра КП путем внесения обоснованных дополнений в связи с появлением новых методов диагностики, лечения, реабилитации, первично и вторичной профилактики с более высоким уровнем доказательности и/или наступлением установленного срока пересмотра КП (1 раз в 3 года);

11) экспертный совет Республиканского центра развития здравоохранения (далее - ЭС РЦРЗ) – консультативно-совещательный орган РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК (далее – РЦРЗ), осуществляющий экспертную и координационную работу по основным направлениям реализации РЦРЗ проектов;

5. Основные принципы для разработки/пересмотра КП:

- научная обоснованность (использование принципов доказательной медицины);

- целесообразность (по приоритетным заболеваниям)

- единая структура и последовательность изложения;

- прозрачность (ведение протоколов обсуждения каждого раздела КП, указание ФИО и места работы разработчиков, доступных на сайте РЦРЗ, обсуждение на форуме с обязательными ответами разработчиков);

- использование только некоммерческих непатентованных наименований лекарственных средств

- универсальность.

6. КП разрабатываются для решения следующих задач:

1) обеспечение целостности лечебно-диагностического процесса, преемственности и взаимосвязи в оказании медицинской помощи в различных медицинских организациях;

2) выбор оптимальных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации для конкретной нозологии;

3) защита прав пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных вопросов;

4) использования КП в проведении экспертизы и оценки качества медицинской помощи больным с определенным заболеванием, синдромом или в определенной клинической ситуации;

5) использования КП при планировании объемов медицинской помощи;

6) использования КП при расчете необходимых затрат на оказание медицинской помощи.

7. Ожидаемые результаты применения КП:

1) применение доказанных рекомендаций, содержащихся в клинических протоколах, практическими врачами позволит приблизить медицинскую практику Казахстана к международным стандартам оказания медицинской помощи, сделать отечественное здравоохранение более качественным, эффективным и рентабельным;

2) значительно снизит риск осложнений и летальных исходов;

3) уменьшит частоту применения неэффективных методик лечения и профилактики, малоинформативных методов диагностики, небезопасных лекарственных средств и хирургических вмешательств;

4) повышение экономической эффективности здравоохранения.

8. КП в Республике Казахстан являются национальными и применяются медицинскими организациями всех уровней. Субъекты здравоохранения при оказании медицинской помощи руководствуются КП.

2. Порядок разработки КП

9. Разработка/совершенствование КП проводится, согласно следующим этапам:

1) сбор заявок на разработку/пересмотра КП;

2) формирование списка тем КП проводится с использованием следующих критериев:

– широкая распространенность и/или высокий уровень заболеваемости;

– высокий уровень смертности;

– экономическая затратность при оказании медицинской помощи;

– большая социальная значимость отдельных заболеваний, в том числе орфанные заболевания;

– высокий уровень потери трудоспособности/инвалидности;

– наличие новых принципиальных данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний;

– наличие рисков, связанных с внедрением КП в практическое здравоохранение.

3) приоритезация темы КП и согласование тем с МЗСР РК;

4) поиск и критическая оценка информации по приоритетному заболеванию/состоянию;

5) разработка/пересмотр КП;

6) рецензирование КП;

7) согласование проектов КП на заседании ЭС РЦРЗ МЗСР РК;

8) согласование проектов КП экспертной группой ОКК;

9) одобрение и рекомендации к использованию КП на заседании ОКК МЗСР РК;

3. Формирование списка тем КП

10. Разработка/пересмотр КП может быть инициирована уполномоченным органом в области здравоохранения, медицинскими организациями, неправительственными организациями, профессиональными медицинскими ассоциациями.

11. Организация-заявитель подает заявку на разработку/пересмотр КП, с обязательным приложением обоснования разработки/пересмотра КП, в РЦРЗ в срок до 1 февраля отчетного года.

12. После анализа заявок и данных из выгрузки АИС, РЦРЗ формирует список тем КП для разработки/пересмотра на отчетный год с учетом критериев приоритизации.

4. Приоритизация тем КП

13. Рабочим органом по проведению приоритизации тем КП является РЦРЗ.

14. Приоритизация тем КП проводится с учетом рекомендаций и участия профильных ассоциаций специалистов.

15. Критериями приоритизации тем для разработки КП являются:

- 1) широкая распространенность и/или высокий уровень заболеваемости;
- 2) высокий уровень смертности;
- 3) экономическая затратность при оказании медицинской помощи;
- 4) большая социальная значимость отдельных заболеваний, в том числе орфанные заболевания;
- 5) высокий уровень потери трудоспособности/инвалидности;
- 6) наличие рисков, связанных с внедрением КП в практическое здравоохранение.

16. Этапами приоритизации тем КП являются:

- 1) Выгрузка данных из следующих АИС:
 - регистр прикрепленного населения;
 - электронный регистр стационарных больных;
 - регистр диспансерных больных;
 - регистр онкологических больных;
 - АИС амбулаторно-поликлинической помощи;
- 2) Анализ данных АИС по критериям приоритизации тем для разработки КП;
- 3) Сбор заявок/предложений организации-заявителя, главных внештатных специалистов Управлений здравоохранений областей, городов Алматы и Астана, МЗСР РК и специалистов НЦ, НИИ, медицинских организаций, профильных аккредитованных ассоциаций, тем КП для разработки/пересмотру КП, с обязательным приложением обоснования разработки нового клинического протокола по формату, согласно приложения 1 к настоящему Регламенту;
- 4) Анализ заявок/предложений на соответствие списка КП, согласованного с уполномоченным органом в области здравоохранения;
- 5) Анализ существующих КП, на предмет необходимости пересмотра в соответствии с Регламентом составления, согласования и утверждения КП, утвержденным уполномоченным органом в области здравоохранения (1 раз в 3 года);

6) формирование Перечня тем КП по разработке на предстоящий/текущий год;

7) согласование тем КП на заседании ЭС РЦРЗ МЗСР РК;

8) согласование тем КП с экспертами ОКК;

9) согласование тем КП на заседании ОКК.

18. Рабочий орган проводит приоритезации тем КП из сформированного списка с учетом критерий приоритезации в срок до 1 марта отчетного периода.

19. При отсутствии тем КП в перечне, согласованном уполномоченным органом в области здравоохранения, рассмотрение заявки на разработку/пересмотр КП допускается за счет ресурса заявителя.

20. Приоритезация тем КП проводится 1 раз в год.

5. Этапы разработки КП

21. Разработка КП включает в себя следующие этапы:

1) формирование рабочей группы (далее – РГ) в течение 2 дней;

2) обучение и методологическое сопровождение РГ (в течение 2 дней);

3) поиск и отбор рекомендаций, имеющих доказательную базу (в течение 7 дней);

4) формирование КП (в течение 5 дней).

22. Для разработки КП привлекаются ведущие специалисты по профилю КП:

1) из числа специалистов научных медицинских организаций, ВУЗов, профессиональных медицинских ассоциаций (с приоритетным выбором членов профессиональных ассоциаций, аккредитованных уполномоченным органом в области здравоохранения), неправительственных организаций;

2) имеющие стаж работы по специальности не менее 5 лет;

3) имеющие навыки экспертной оценки и знания в области доказательной медицины.

23. Рабочая группа должна быть мультидисциплинарной:

1) рабочая группа формируется в инициативном порядке с использованием формализованных методов подбора участников и оценки их компетентности;

2) в состав рабочей группы входят:

– эксперты службы первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП, по основному профилю из разных медицинских организации, амбулаторно-поликлинической помощи, консультативно-диагностической помощи (ПМСП) и стационара;

– ведущие научные специалисты ВУЗов;

– эксперты по оценке медицинской технологии;

– клинические фармакологи;

– при необходимости в состав рабочей группы включаются медицинские работники со средним медицинским образованием, организаторы здравоохранения, социальные работники и международные консультанты.

24. Состав РГ должен быть не менее 3 человек.

25. В процессе отбора члены РГ представляют декларацию конфликта интересов: информацию о существующих финансовых взаимоотношениях с фармацевтическими компаниями, производителями лекарственных средств и медицинской техники, согласно приложению 2 к настоящему приказу.

26. Декларация конфликта интересов обеспечивает полноту объективности членов РГ при принятии решений о включении/отклонении рекомендаций в КП.

27. Темы КП и состав РГ утверждаются РЦРЗ после согласования с уполномоченным органом в области здравоохранения.

28. По итогам заседания РГ должен быть протокол заседания согласно Приложению 8. На первом заседании РГ избирается председатель из числа членов РГ.

29. Обучение членов РГ проводится РЦРЗ по следующим направлениям:

1) роль стандартизации в системе управления качеством медицинской помощи, некоторые вопросы экономического обоснования стандартов и протоколов и т.д.;

2) основы доказательной медицины, клинико-экономического анализа;

3) общие принципы разработки/пересмотра и внедрения КП;

4) организация и методы экспертной работы;

5) принципы фармакотерапии в клинических протоколах.

6. Поиск и отбор рекомендаций, имеющих доказательную базу

30. Членами РГ проводится поиск рекомендаций, имеющих доказательную базу, в международных базах данных медицинской информации.

31. Отбор рекомендаций для включения рекомендации в КП включает:

– оценку степени убедительности доказательств;

– достижение консенсуса РГ о включении рекомендации в КП.

32. Для верификации целесообразности включения рекомендации в КП разработчиками оценивается убедительность имеющихся научных доказательств.

33. С целью оценки степени убедительности имеющихся доказательств разработчиками КП оценивается качество организации и дизайна, достоверность полученных результатов. При принятии решения разработчиками КП учитывается соотношение между степенью убедительности доказательств и типом научных исследований, в которых данные доказательства были получены.

34. РЦРЗ обеспечивается методологическое сопровождение работы РГ:

– обеспечение нормативными правовыми актами;

– помощь в проведении систематического поиска рекомендаций на основе доказательной базы.

7. Формирование текста КП

35. При формировании КП необходимо соблюдать следующие требования:

1) структура КП должна соответствовать типовой структуре КП в соответствии с видом, согласно приложения 4 к настоящему Регламенту;

2) составление КП проводится в соответствии с инструкцией согласно приложения 5 к настоящему Регламенту;

3) текст КП должен быть исполнен на русском/государственном языках, с соблюдением норм литературного языка, язык должен быть общедоступным и общепринятым и не должен содержать эмоционально насыщенные термины;

4) термины должны быть общеупотребительные, медицинские;

5) рекомендации должны быть предельно краткими, ясными, содержать четкий, не подлежащий различному толкованию смысл;

6) внешние атрибуты КП: в правом верхнем углу титульного листа КП должны быть указаны дата утверждения КП и номер протокола ОКК;

7) структурными элементами КП являются пункты, подпункты и абзацы;

8) абзацем считается часть текста, представляющая собой смысловое единство, выделяемая отступом в первой строке и начинающаяся со строчной буквы, кроме первого абзаца части, который начинается с заглавной буквы, абзацы заканчиваются точкой с запятой (кроме первого и последнего абзацев части), допускается обозначение абзацев знаками;

9) текст КП должен содержать алгоритмы, таблицы, а также может быть дополнен диаграммами, графиками и т.д. с соблюдением сквозной нумерации.

8. Рецензирование КП

36. Для рецензирования КП проводится отбор рецензентов КП из числа профильных ведущих отечественных или зарубежных специалистов в соответствии с профилем КП согласно следующим требованиям:

1) специалисты, не принявшие участия в разработке/пересмотре КП;

2) имеющие стаж работы по специальности не менее 10 лет;

3) наличие ученой степени (не ниже/равное уровню ученой степени разработчиков КП);

4) имеющие научные публикации по данной теме;

5) имеющие навыки и знания в области доказательной медицины.

37. Если КП касается нескольких медицинских профилей, то для его рецензирования привлекаются специалисты соответствующих профилей (не менее одного рецензента на один КП).

38. РЦРЗ официально направляет рецензентам проекты КП на рецензирование.

39. Рецензент КП оценивает актуальность и обоснованность рекомендаций, представленных в проекте КП, согласно приложения 6 к настоящему Регламенту.

40. Объем рецензии должен составлять не более 2 страниц печатного текста.

41. Рецензия на КП рецензентами предоставляется в РЦРЗ в срок, не превышающий 10 календарных дней со дня направления проекта КП.

42. Допускается предоставление рецензии в электронном виде в формате ПДФ с подписью.

43. Если заключение на КП рецензента отрицательное, т.е. содержит обоснованные замечания и предложения по внесению изменений рекомендаций (с обязательным указанием степени доказательности), то РЦРЗ направляет разработчикам проект КП на доработку. После доработки разработчиками предоставляется в РЦРЗ проект КП для повторного направления рецензенту.

44. При положительном заключении рецензентов разработчиками КП официально предоставляется на экспертную оценку в РЦРЗ проект КП с приложением следующих документов:

1) проект КП, подписанные разработчиками, допускается наличие только подписи ответственного руководителя рабочей группы и предоставление подписанного проекта КП по электронной почте в формате PDF;

2) обоснование;

3) разрешение на адаптацию и перевод клинического руководства, на основе которого разработан проект КП;

4) протоколы заседаний РГ.

9. Экспертная оценка КП

45. Экспертная оценка проводится КП РЦРЗ по следующим критериям:

1) Центром стандартизации здравоохранения РЦРЗ:

– соответствие проекта КП утвержденной типовой структуре КП;

– корректность наименования специальностей и указанных лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с нормативными правовыми актами в области здравоохранения Республики Казахстан;

– соблюдение требований к форме и порядку изложения текста КП;

– оценка рекомендаций, включенных в КП на степень убедительности доказательств;

– корректность и полнота представленных ссылок;

– соответствие указанных ссылок в списке используемой литературы;

2) Лекарственным информационным центром проводится экспертиза ЛС с предоставлением заключения на 1 КП в течение 3 дней.

46. Заключение экспертной оценки, согласно приложения 7 к настоящему приказу, направляется РЦРЗ разработчикам КП в срок 10 календарных дней.

10. Порядок представления проектов КП на ЭС РЦРЗ и ОКК МЗСР РК

47. При положительном заключении рецензентов и экспертной оценки РЦРЗ проект КП разработчиками КП выносится на рассмотрение ЭС РЦРЗ, в

заседании которого участвуют все или основные представители группы разработчиков КП.

48. При получении отрицательной рецензии, РЦРЗ направляет экспертам рабочей группы копию рецензии с предложением доработать КП в соответствии с замечаниями рецензента или аргументированно (частично или полностью) опровергнуть их.

49. Решение ЭС РЦРЗ выдается разработчикам КП в виде выписки из протокола заседания.

50. При положительном заключении ЭС РЦРЗ проект КП официально направляется для группы экспертов ОКК с приложением следующих документов:

- 1) проект КП, парафированный всеми разработчиками;
- 2) заключение рецензента/рецензентов (положительное);
- 3) заключение экспертной оценки КП РЦРЗ (положительное);

выписка из протокола ЭС РЦРЗ по вопросу рассмотрения проекта КП (положительное решение).

51. При отрицательном решении ЭС РЦРЗ КП направляется на доработку экспертам рабочей группы, которые после корректировки замечаний повторно представляют КП на ЭС РЦРЗ в установленном порядке.

52. При положительном заключении ЭС РЦРЗ проект КП направляется на согласование экспертной группе ОКК с приложением следующих документов:

- 1) проект КП, парафированный всеми разработчиками;
- 2) заключение рецензента/рецензентов (положительное);
- 3) заключение экспертной оценки КП РЦРЗ (положительное);

4) выписка из протокола ЭС РЦРЗ по вопросу рассмотрения проекта КП (положительное решение);

При отрицательном решении (или в случае не предоставления заключения экспертами ОКК в течение 3 дней) экспертов ОКК проект КП направляется на доработку экспертам рабочей группы, которые после корректировки замечаний повторно представляют экспертам ОКК в установленном порядке.

Заключение от групп экспертов ОКК предоставляется в течение 3 рабочих дней с момента внесения документа РЦРЗ, в случае не предоставления письменного заключения экспертов ОКК, КП считается согласованным без замечаний.

При положительном решении группой экспертов ОКК проект КП направляется на утверждение ОКК с приложением следующих документов:

- 5) проект КП, парафированный всеми разработчиками;
- 6) заключение рецензента/рецензентов (положительное);
- 7) заключение экспертной оценки КП РЦРЗ (положительное);

8) заключение экспертной оценки экспертной группы ОКК (положительное).

При отрицательном решении группой экспертов ОКК проект КП направляется на доработку экспертам рабочей группы, которые после корректировки замечаний повторно представляют экспертам ОКК в установленном порядке.

53. Все документы, касающиеся разработки КП, в обязательном порядке сохраняются в архиве РЦРЗ:

по утвержденным КП:

- заявка;
- обоснование для разработки/пересмотра КП согласно приложения 1;
- согласование необходимости разработки/пересмотра КП с главными внештатными специалистами МЗСР РК в соответствии с профилем КП;
- согласование необходимости разработки/пересмотра КП с уполномоченным органом в области здравоохранения РК;
- протоколы заседания РГ;
- заключение рецензента/рецензентов (положительное);
- заключение РЦРЗ по экспертной оценке КП (положительное);
- выписка из протокола ЭС РЦРЗ по вопросу рассмотрения проекта КП (положительное решение);
- копия протокола заседания МЭС МЗСР РК по рассмотрению проекта КП;
- утвержденный вариант КП, (парафированный разработчиками).
- аналогичные документы по неутвержденным КП.

54. Разработчиками КП разрабатываются индикаторы внедрения и мониторинга внедрения КП в клиническую практику согласно утвержденной методической рекомендации «Порядок внедрения клинических протоколов и мониторинга внедрения клинических протоколов».

Обоснование пересмотра клинического протокола

№	Название клинического протокола, предлагаемое для пересмотра	№ приказа МЗ РК, которым утвержден прежний КП	Цель пересмотра	Новое название КП	Изменения, внесенные в пересмотренный КП	Ожидаемая клиническая/экономическая эффективность
Профиль						

Подписи разработчиков:

Обоснование разработки нового клинического протокола

№	Название КП	Обоснование необходимости разработки нового КП	Ожидаемая клиническая/экономическая эффективность	Возможные барьеры при внедрении
Профиль				

Подписи разработчиков:

Декларация отсутствия конфликта интересов

Имеете ли Вы финансовую или другую заинтересованность в теме обсуждаемого документа, которая может повлиять на Ваши суждения? Отметьте только один пункт:

Да _____, Нет _____

Имели ли Вы в последние 2 года какое либо финансирование или вознаграждение от группы, которая имеет интерес к разрабатываемому клиническому протоколу?

Да _____, Нет _____

Если «Да», то заполните таблицу 1

Имели ли Вы в последние 5 лет отношения с группой, которая имеет интерес к разрабатываемому клиническому протоколу, сопровождаемые процессом финансирования Вашей деятельности со стороны этой группы?

Да _____, Нет _____

Если «Да», то заполните таблицу 2

Укажите, пожалуйста, существующие сложности, которые могут воспрепятствовать Вашей работе, а также нарушат Вашу объективность и свободу суждений при работе над клиническим протоколом:

Я, нижеподписавшийся, ответственно заявляю, что все данные, изложенные в данной декларации, являются правильными и верными.

Я готов информировать Вас о любых изменениях, в вопросах изложенных выше.

ФИО _____, подпись _____, дата _____

Соотношение между степенью убедительности доказательств и видом научных исследований

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
В	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
С	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая фармацевтическая практика.

**Типовая структура
клинического протокола диагностики и лечения**

1. Содержание:
2. Соотношение кодов МКБ-10 и МКБ-9 (в случае количества кодов более 5 – выделить в приложение к клиническому протоколу):

МКБ-10		МКБ-9	
Код	Название	Код	Название

3. Дата разработки/пересмотра протокола:
4. Пользователи протокола:
5. Категория пациентов:
6. Шкала уровня доказательности:
7. Определение:
8. Классификация:
9. **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ**:**

1) **Диагностические критерии**

Жалобы и анамнез:

Физикальное обследование;

Лабораторные исследования;

Инструментальные исследования;

2) **Диагностический алгоритм: (схема)**

3) **Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований*** (четко прописывать с каким диагнозом дифференциальная диагностика и какие критерии):

Диаг ноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследова ния	Критерии исключения диагноза

4) **Тактика лечения**:**

– Немедикаментозное лечение;

– Медикаментозное лечение (в зависимости от степени тяжести заболевания):

Перечень основных лекарственных средств;

Перечень дополнительных лекарственных средств;

Таблица сравнения препаратов****;

– Алгоритм действий при неотложных ситуациях;

– Другие виды лечения;

5) **Показания для консультации специалистов:**

6) Профилактические мероприятия:

7) Мониторинг состояния пациента:** (карта наблюдения за пациентом, индивидуальная карта наблюдения пациента, индивидуальный план действий);

8) Индикаторы эффективности лечения

10. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:**

10.1 Показания для плановой госпитализации:

10.2 Показания для экстренной госпитализации:

11. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ:**

1) Диагностические мероприятия:

2) Медикаментозное лечение:

12. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:**

1) Диагностические критерии на стационарном уровне:**

Жалобы и анамнез;

Физикальное обследование;

Лабораторные исследования;

Инструментальные исследования. В случае необходимости описание процедуры, данный пункт расписать согласно приложению 1 к настоящему КП;

2) Диагностический алгоритм: (схема)

3) Перечень основных диагностических мероприятий:

4) Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

5) Тактика лечения **:

– Немедикаментозное лечение;

– Медикаментозное лечение (*в зависимости от степени тяжести заболевания*):

Перечень основных лекарственных средств;

Перечень дополнительных лекарственных средств;

– Таблица сравнения препаратов****;

– Хирургическое вмешательство, с указанием показаний для оперативного вмешательства, согласно приложения 1 к настоящему КП;

– Другие виды лечения;

7) Показания для консультации специалистов:

8) Показания для перевода в отделение интенсивной терапии и реанимации:

9) Индикаторы эффективности лечения.

10) Дальнейшее ведение

13. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ, согласно приложения 2 к настоящему КП.

14. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ, согласно приложения 3 к настоящему КП.

15. Сокращения, используемые в протоколе:

16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

17. Указание на отсутствие конфликта интересов:

18. Список рецензентов:

19. Список использованной литературы (необходимы ссылки на валидные исследования на перечисленные источники в тексте протокола).

*в данных разделах необходимо приведение ссылки с указанием литературы и степени убедительности доказательств. Ссылки указывать в виде квадратных скобок в соответствии с нумерацией в списке литературы.

**структура и нумерация клинического протокола может меняться в зависимости от нозологической классификации заболевания. Эту главу рекомендуется представлять в виде схем, таблиц, графиков и алгоритмов. Необходимо обязательное указание уровня доказательности.

*** в случае проведения скрининга по данному заболеванию клинического протокола нужно расписать в виде таблицы скрининг населения.

****данный пункт может меняться в зависимости от нозологической классификации заболевания.

Описание оперативного и диагностического вмешательства

1. Название оперативного и диагностического вмешательства

I. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

1. Цель проведения процедуры/вмешательства:
2. Показания и противопоказания для проведения процедуры/вмешательства:
Показания для проведения процедуры/ вмешательства:
Противопоказания к процедуре/вмешательству:
3. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий (отдельно перечислить основные/обязательные и дополнительные обследования, консультации специалистов с указанием цели и показаний):
4. Методика проведения процедуры/вмешательства:
5. Индикаторы эффективности

Описание медицинской реабилитации

1. Название этапа медицинской реабилитации
2. Цель реабилитации:
3. Показания для медицинской реабилитации: в соответствии с международными критериями согласно Стандарту организации оказания медицинской реабилитации населению Республики Казахстан, утвержденной приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27.12.2014 года №759

п/п	Нозологическая форма (код по МКБ-Х)	Международные критерии (степень нарушения био- социальных функций и (или) степень тяжести заболевания)

4. Противопоказания к медицинской реабилитации:
5. Объемы медицинской реабилитации, предоставляемые в течение 10 рабочих дней:
 - 5.1 Основные:
 - 5.2 Дополнительные:
 - 5.3 Продолжительность медицинской реабилитации в зависимости от нозологий

п/п	Нозологическая форма (код по <u>МКБ-Х</u>)	Международные критерии (степень нарушения БСФ и (или) степень тяжести заболевания)	Продолжительность/сроки реабилитации

6. Диагностические мероприятия:
 - 6.1 Основные мероприятия.
 - 6.2 Дополнительные мероприятия.
7. Консультации специалистов (показания и цель)
8. Индикаторы эффективности

Приложение 3
к типовой структуре
Клинического протокола
диагностики и лечения

Описание паллиативной помощи

1. Название паллиативной помощи:
2. Показания для госпитализации в организацию по оказанию паллиативной помощи:
3. Условия для госпитализации в организацию по оказанию паллиативной помощи:
4. Тактика оказания паллиативной помощи:
5. Немедикаментозное лечение (режим, диета и т.д.)
6. Медикаментозное лечение:
 - перечень основных лекарственных средств с указанием формы выпуска (имеющих 100% вероятность применения);
 - перечень дополнительных лекарственных средств с указанием формы выпуска (менее 100% вероятности применения).
7. Дальнейшее ведение
8. Индикаторы эффективности

Инструкция по заполнению клинического протокола диагностики и лечения

1. В графе «**Содержание**» должны быть указаны заголовки и подзаголовки пунктов и подпунктов с указанием номеров страниц.

2. В графе «**Соотношение кодов МКБ-10 и МКБ-9**» указываются коды и подкоды МКБ-10 и МКБ-9, соответствующие темам КП, при этом может быть указано несколько соотношений кодов МКБ-10 и МКБ-9, которые объединяются общими подходами к диагностике и лечению. В случае количества кодов более 5 – указать согласно приложения.

3. В графе «**Дата разработки/пересмотра протокола**» нужно указать дату утверждения клинического протокола ЭС РГП на ПХВ «РЦРЗ» МЗСР РК.

4. В графе «**Пользователи протокола**» указываются номенклатура медицинских специальностей врачей, участвующих в диагностике и/или лечении пациента с данным заболеванием.

5. В графе «**Категория пациентов**» указываются следующие категории: взрослые, дети, беременные.

6. В графе «**Шкала уровня доказательности**» указывается стандартная таблица для всех КП.

7. В графе «**Определение**» дается определение данной нозологии с указанием ссылки на источник литературы.

8. В графе «**Классификация**» указывается классификация данного заболевания (с указанием ссылки на источник литературы), которая рекомендуется для использования при формировании клинического диагноза.

9. Графа «**Диагностика и лечение на амбулаторном уровне**» имеет подпункты:

1) «*Диагностические критерии*», где указываются достоверные признаки заболевания (жалобы, анамнез, физикальные, лабораторные и инструментальные критерии, подтверждающие диагноз). При необходимости дополнительных методов диагностики для уточнения диагноза (для дифференциального диагноза), данные методы диагностики указываются в подпункте «*Дифференциальная диагностика*»;

2) «*Диагностический алгоритм*» (возможно несколько) по ведущему синдрому данного заболевания, либо исходя из порядка обследования в виде схемы;

3) В подпункте «*Дифференциальная диагностика*» описывается в виде таблицы, где в первом столбце перечисляются синдромы и нозологии, с которыми необходимо проводить дифф. диагноз. Во втором столбце дается характеристика симптомов, которые позволяют проводить дифф. диагностику с данным заболеванием, в третьем столбце перечисляются исследования, необходимые для дифф. диагностики, а в четвертом – критерии, позволяющие исключить то или иное заболевание или синдром.

4) В графе «*Тактика лечения*», в подпункте «*Немедикаментозное лечение*» указываются рекомендуемые режим и диета. А в подпункте «*Медикаментозное лечение*» (в зависимости от степени тяжести) включаются лекарственные средства, зарегистрированные в РК, указываются международное непатентованное название, фармакологические группы, способ введения препарата, разовая доза, кратность применения, длительность курса лечения. В подпунктах «*Перечень основных лекарственных средств*» и «*Перечень дополнительных лекарственных средств*» указывается перечень лекарственных средств в соответствии с формой оказания медицинской помощи (стационарная, амбулаторно-поликлиническая, скорая медицинская).

5) Подпункт «*Таблица сравнения препаратов*» позволяет врачу разработать индивидуальный подход по выбору наилучших препаратов в соответствии с состоянием пациента. В данном подпункте таблица должна содержать следующую информацию: класс, МНН, препарат, преимущества, недостатки и уровень доказательности. Лекарственные средства должны иметь высокий уровень доказательности, входить в перечень КНФ, зарегистрирован на территории Республики Казахстан, за исключением орфанных заболеваний. Не должны быть торговые названия и формы выпусков препаратов. Данная таблица может быть исключена в зависимости от нозологии.

При формировании КП следует учитывать, что основной перечень лекарственных средств представляет обязательный минимальный набор услуг, оказываемых пациенту независимо от особенностей течения заболевания (вероятность их применения составляет 100%).

Формирование дополнительного перечня лекарственных средств обусловлено особенностями течения заболевания (вероятность их применения составляет менее 100%).

6) «**Показания для консультации (узких специалистов)**» указываются консультации специалистов, которые необходимо провести при наличии/для исключения сопутствующих заболеваний.

7) В графе «**Профилактические мероприятия**» указываются мероприятия по первичной (для ПМСП) и вторичной (осложнений) профилактике заболевания.

8) В графе «**Дальнейшее ведение пациента**» должна быть разработана карта наблюдения за пациентом данной нозологии. Карту наблюдения за пациентом следует заполнять во время каждого комплексного визита пациента. Так же должен быть разработан индивидуальный план действий и карта мониторинга пациента

9) Необходимо разработать ключевые индикаторы качества оказания медицинской помощи, которые должны быть перечислены в пункте «**Индикаторы эффективности лечения**»;

10. Графа «**Показания для госпитализации**» имеет подпункты «*Показания для плановой госпитализации*» и «*Показания для экстренной госпитализации*» где четко должны быть перечислены показания в каждом подпункте.

11. В графе «**Диагностика и лечение на этапе скорой помощи**» должны быть расписаны в подпункте все диагностические мероприятия и медикаментозное лечение

12. Графа «**Диагностика и лечение на стационарном уровне**» имеет подпункты:

10) «*Диагностические критерии*», где указываются достоверные признаки заболевания (жалобы, анамнез, физикальные, лабораторные и инструментальные критерии, подтверждающие диагноз);

11) «*Диагностический алгоритм*» (возможно несколько) по ведущему синдрому данного заболевания, либо исходя из порядка обследования в виде схемы;

12) В подпункте «*Дифференциальная диагностика*» описывается в виде таблицы, где в первом столбце перечисляются синдромы и нозологии, с которыми необходимо проводить диффдиагноз. Во втором столбце дается характеристика симптомов, которые позволяют проводить диффдиагностику с данным заболеванием, в третьем столбце перечисляются исследования, необходимые для диффдиагностики, а в четвертом – критерии, позволяющие исключить то или иное заболевание или синдром.

13) «*Перечень основных диагностических мероприятий*» указываются диагностические рекомендации, согласно формам оказания медицинской помощи на стационарном уровне, в данном пункте должны быть четко указаны диагностические мероприятия, которые по наименованиям должны быть одинаковыми с наименованием данного мероприятия в тарификаторе и с указанием уровня доказательности при наличии.

14) «*Перечень дополнительных диагностических мероприятий*» перечисленные в основном пункте диагностические мероприятия не должны повторно прописываться в дополнительных диагностических мероприятиях. Формирование дополнительного перечня диагностических мероприятий обусловлено особенностями течения заболевания.

15) В графе «**Тактика лечения**», в подпункте «*Немедикаментозное лечение*» указываются рекомендуемые режим и диета. А в подпункте «*Медикаментозное лечение*» (в зависимости от степени тяжести) включаются лекарственные средства, зарегистрированные в РК, указываются международное непатентованное название, фармакологические группы, способ введения препарата, разовая доза, кратность применения, длительность курса лечения. В подпунктах «*Перечень основных лекарственных средств*» и «*Перечень дополнительных лекарственных средств*» указывается перечень лекарственных средств в соответствии с формой оказания медицинской помощи (стационарная, амбулаторно-поликлиническая, скорая медицинская).

При формировании КП следует учитывать, что основной перечень лекарственных средств представляет обязательный минимальный набор услуг, оказываемых пациенту независимо от особенностей течения заболевания (вероятность их применения составляет 100%).

Формирование дополнительного перечня лекарственных средств обусловлено особенностями течения заболевания (вероятность их применения составляет менее 100%). Подпункт «*Таблица сравнения препаратов*» позволяет врачу разработать индивидуальный подход по выбору наилучших препаратов в соответствии с состоянием пациента. В данном подпункте таблица должна содержать следующую информацию: класс, МНН, препарат, преимущества, недостатки и уровень доказательности. Лекарственные средства должны иметь высокий уровень доказательности, входить в перечень КНФ, зарегистрирован на территории Республики Казахстан, за исключением орфанных заболеваний. Не должны быть торговые названия и формы выпусков препаратов. Данная таблица может быть исключена в зависимости от нозологии.

В подпункте «*Хирургическое вмешательство, с указанием показаний для оперативного вмешательства*» указываются виды хирургического вмешательства при данной патологии в соответствии с формой оказания медицинской помощи (стационарная, амбулаторно-поликлиническая, скорая медицинская), показания и противопоказания к ним. А в подпункте «*Другие виды лечения*» указываются другие виды лечения (физиолечение, лечебная физкультура, лучевая терапия и т.д.) в соответствии с формой оказания медицинской помощи (стационарная, амбулаторно-поликлиническая, скорая медицинская).

13. «**Показания для консультации (узких специалистов)**» указываются консультации специалистов, которые необходимо провести при наличии/для исключения сопутствующих заболеваний.

14. Необходимо разработать ключевые индикаторы качества оказания медицинской помощи, которые должны быть перечислены в пункте «**Индикаторы эффективности лечения**».

15. В графе «Сокращения, используемые в протоколе» вносятся в алфавитном порядке сокращения, использованные в клиническом протоколе в виде таблицы.

16. В графе «Список разработчиков» указываются данные разработчиков в соответствии с составом рабочей группы, утвержденной уполномоченным органом (фамилия, имя, отчество, научная степень, место работы, занимаемая должность).

17. В графе «Указание конфликта интересов» указывается: да/нет.

18. В графе «Список рецензентов» указываются рецензенты, утвержденные ЭС РЦРЗ (фамилия, имя, отчество, научная степень, место работы, занимаемая должность).

19. В графе «Указание условий пересмотра клинического протокола» указываются сроки и причина, по которым проводится пересмотр.

20. В графе «Список использованной литературы» представляется перечень литературы, использованной при разработке клинического протокола.

**Инструкция к приложению 1 к типовой структуре
Клинического протокола
диагностики и лечения**

1. Графа «Название» должна соответствовать по теме оперативного и диагностического вмешательства.

I. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

2. В графе «Цель проведения процедуры/вмешательства» указываются цели, которые должны быть достигнуты в результате применения данной процедуры/вмешательства.

3. В соответствующих подпунктах графы «Показания для проведения процедуры/вмешательства» указываются показания и противопоказания для данной процедуры/вмешательства.

4. В графе «Перечень основных и дополнительных диагностических исследований» указываются основные и дополнительные диагностические рекомендации и консультации специалистов, которые необходимы для отбора пациентов для проведения данной процедуры/вмешательства.

При формировании КП следует учитывать, что основной перечень диагностических мероприятий, представляет обязательный минимальный набор услуг, оказываемых пациенту независимо от особенностей течения заболевания.

Формирование дополнительного перечня диагностических мероприятий обусловлено особенностями течения заболевания.

5. В графе «Методика проведения процедуры/вмешательства» указываются этапы проведения процедуры/вмешательства.

6. В графе «Индикаторы эффективности процедуры/вмешательства» указываются критерии (при необходимости, с пороговыми значениями), по которым оцениваются эффективность проведенной(ого) процедуры/вмешательства.

**Инструкция к приложению 2 к типовой структуре
Клинического протокола
диагностики и лечения**

1. Графа «Название» должна соответствовать по теме медицинской реабилитации.

I. МЕРОПРИЯТИЯ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

2. В графе «Цель реабилитации» указываются цели, которые должны быть достигнуты в результате выполненных рекомендаций, например:

полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсация утраченных функций пораженного органа или системы;

поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса;

предупреждение, ранняя диагностика и коррекция возможных нарушений функций поврежденных органов или систем организма;
предупреждение и снижение степени возможной инвалидности;
улучшение качества жизни;
сохранение работоспособности пациента;
социальная интеграция пациента в общество.

9. В графе «Показания для медицинской реабилитации» указываются пороговые значения международных критериев (степень нарушения БСФ и (или) степень тяжести заболевания) согласно Стандарту организации оказания медицинской реабилитации населению Республики Казахстан, утвержденной приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27.12.2014 года №759.

10. Противопоказания к медицинской реабилитации указываются:
общие противопоказания согласно Стандарту организации оказания медицинской реабилитации населению Республики Казахстан, утвержденной приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27.12.2014 года №759;

дополнительные противопоказания (специфичные для отдельных нозологий).

11. В подпунктах 11.1 и 11.2 графы «Объемы медицинской реабилитации, предоставляемые в течение 10 рабочих дней» указываются:

- основные и дополнительные виды и объем реабилитационных мероприятий, которые должны быть проведены в течение 10 рабочих дней.

При формировании КП следует учитывать, что основной перечень реабилитационных мероприятий представляет обязательный минимальный набор услуг, оказываемых пациенту независимо от особенностей течения заболевания (вероятность их применения составляет 100%).

Формирование дополнительного перечня реабилитационных мероприятий обусловлено особенностями течения заболевания (вероятность их применения составляет менее 100%).

- продолжительность медицинской реабилитации по нозологическим формам, указанным в клиническом протоколе.

12. В подпунктах 12.1 и 12.2 графы «Диагностические мероприятия» указываются мероприятия, которые проводятся с целью контроля состояния пациента во время проведения медицинской реабилитации.

При формировании КП следует учитывать, что основной перечень диагностических мероприятий, представляет обязательный минимальный набор услуг, оказываемых пациенту независимо от особенностей течения заболевания.

Формирование дополнительного перечня диагностических мероприятий обусловлено особенностями течения заболевания.

13. В графе «Консультации специалистов» указываются консультации специалистов, которые необходимо провести при наличии/для исключения сопутствующих заболеваний с целью решения вопроса о возможности продолжения медицинской реабилитации.

14. В графе «Индикаторы эффективности лечения» указываются международные критерии (степень нарушения БСФ и (или) степень тяжести заболевания, указанные в графе 9 настоящего клинического протокола, с пороговыми значениями индикатора, динамика которых отражает эффективность проведенной медицинской реабилитации).

Инструкция к приложению 3 к типовой структуре Клинического протокола диагностики и лечения

1. Графа «Название» должна соответствовать по теме паллиативной помощи.

2. В графе «Показания для госпитализации» указываются показания для госпитализации в организацию по оказанию паллиативной помощи.

3. В графе «Условия для госпитализации в организацию по оказанию паллиативной помощи» указывается форма оказания медицинской помощи

4. В графе «Цели оказания паллиативной помощи» указываются цели, которые должны быть достигнуты в результате выполненных рекомендаций.

13. В графе «Тактика оказания паллиативной помощи»:

в подпункте 13.1 указываются рекомендуемые режим и диета;

в подпункт 13.2 включаются лекарственные средства, зарегистрированные в РК, указываются международное непатентованное название, фармакологические группы, форма выпуска (раствор, таблетка и т.д.), способ введения препарата, разовая доза, кратность применения, длительность курса лечения.

Формируется перечень основных и дополнительных лекарственных средств с указанием формы выпуска.

При формировании КП следует учитывать, что основной перечень лекарственных средств представляет обязательный минимальный набор услуг, оказываемых пациенту независимо от особенностей течения заболевания (вероятность их применения составляет 100%).

Формирование дополнительного перечня лекарственных средств обусловлено особенностями течения заболевания (вероятность их применения составляет менее 100%).

14. В графе «Дальнейшее ведение» указываются рекомендации по медицинскому сопровождению на амбулаторном уровне.

15. В графе «Индикаторы эффективности паллиативной помощи» указываются критерии (при необходимости, с пороговыми значениями), по которым оцениваются эффективность проведенного лечения.

Типовая структура рецензии клинического протокола

1. Название и вид КП.
2. Сведения о разработчиках: Ф.И.О. разработчиков с указанием их профиля специальности, научной степени и места работы.
3. Количество представленных страниц на рецензию.
4. Актуальность темы проекта КП.
5. Пользователи КП: применим ли данный КП для специалистов в соответствии с указанными в нем профилями и уровнями оказания медицинской помощи.
6. Оценка содержания КП по следующим критериям:
 - соответствие названия КП его содержанию;
 - описание основных клинических рекомендаций;
 - логичность и последовательность изложения рекомендаций;
 - соответствие рекомендаций КП современному уровню развития науки, клинической практики, организации здравоохранения в РК;
 - соответствие содержания КП клинической практике в Республике Казахстан;
 - актуальность источников литературы;
 - качество наглядной информации (рисунки, схемы, таблицы, алгоритмы, диаграммы, графики и т.д.).
7. Заключение рецензента содержит аргументированные выводы о возможности применения КП в клинической практике Республики Казахстан в соответствии с указанным профилем специальностей и уровнем оказания медицинской помощи.
8. Соблюдение следующих технических требований к оформлению рецензии: текстовый документ в формате Microsoft Word 2003 (2007), формат А4, шрифт 14, Times New Roman, интервал - 1,0; поля – слева 2,0, справа, сверху, снизу – 1,5.
9. Требования к оформлению подписи рецензента: фамилия, имя и отчество полностью и роспись, указание должности, места работы, ученой степени, научного звания и даты написания рецензии.

**Типовая структура
экспертного заключения
экспертной оценки клинического протокола**

ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ				
Наименование организации, проводившей экспертную оценку:				
1. Наименование клинического протокола:				
2. Сведения о разработчиках клинического протокола: (Ф.И.О., место работы, должность, наличие научных званий):				
В результате проведенной оценки методологического содержания были сформулированы следующие рекомендации в соответствии с существующей нормативной правовой базой				
I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:				
Замечания:				
II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:				
Замечания				
III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:				
Замечания				
Оценка рекомендаций, включенных в клинический протокол, на степень убедительности доказательств				
	Утверждение в протоколе	Степень доказательности	Примечание. достоверности	Источник
Дополнительные рекомендации, которые рекомендуется включить в протокол				
Рекомендации, которые следует исключить из протокола, как не имеющие доказательной базы				
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:				

Эксперт
Начальник отдела
Руководитель Центра

**РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»
Центр стандартизации здравоохранения**

**Протокол
заседания рабочей группы по обсуждению протокола
по профилю «_____»**

г. _____ 20__ г.

Присутствовали:

Отсутствовали:

Повестка дня:

Рассмотрение клинического протокола (далее – КП) по профилю
«_____»:

Решение:

Подписи разработчиков:

Таблица 1 Формы раскрытия информации Конфликта интересов

Раскрытие информации требуется в соответствии декларацией конфликта интересов для тех видов деятельности или интересов с участием любой из Сторон в течение **двух последних лет**, в которых участники, члены их семей, отдел или организация, в которой участник работает, особенно в деятельности, относящейся к следующим областям (добавить графы по мере необходимости).

Для каждой группы сопровождающей лекарства, технологии, оборудование, расходные материалы и темы, которая определяет тип финансирования или выгоды (с указанием стоимости):

Наименование группы (фирма, ТОО, завод, лаборатория и т.д.)	Год финансирования и категория (лекарство, оборудование, технология, расходный материал, тема)	Отметить тип вознаграждения							Отметить суммы вознаграждения			
		Подарки и презенты	Организация или оплата поездок	Оплата группой следующих мероприятий:					Диапазон сумм вознаграждения			
				Участие в выступлениях от группы	Платные лекции	Участие в организации конференций	Написание и редактирование заказных статей	Другое	1-50 000	50 001 – 100 000	100 001 – 500 000	Более 500 000

У меня нет иных заявлений, которые не указаны в таблице 1

«__» _____ 20__ г.

Ф.И.О. _____

Роспись _____

Таблица 2 Формы раскрытия информации Конфликта интересов

Раскрытие информации требуется в соответствии с декларацией конфликта интересов для тех видов деятельности или интересов с участием любой из Сторон в течение пяти последних лет, в которых участники, члены их семей, отдел или организация, в которой участник работает, особенно в деятельности, относящейся к следующим областям (добавить графы по мере необходимости):

Для каждой группы сопровождающей лекарства, технологии, оборудование, расходные материалы и темы, которая определяет тип финансирования или выгоды (с указанием стоимости):

Наименование группы (фирма, ТОО, завод, лаборатория и т.д.)	Год финансирования и категория (лекарство, оборудование, технология, расходный материал, тема)	Отметить тип вознаграждения							Отметить суммы вознаграждения			
		Работа по найму группы	Оплата услуги советника или консультанта	Финансирование или гранты на исследование	Оплата академических назначений (действительное членство)	Финансирование персонального образования	Другие акции или опционы акций, где сумма вознаграждения превышает 50 000 тенге	Другое	1-50 000	50 001 – 100 000	100 001 – 500 000	Более 500 000

У меня нет иных заявлений, которые не указаны в таблице №2

«__» _____ 20__ г.

Роспись _____ Ф.И.О

Приложение обсуждено и утверждено на _____
 Протокол № _____ от «__» _____ 20__ г.