

Приказ №\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_

**Об организации работы по экспертизе  
качества медицинской помощи  
и безопасности медицинской деятельности**

1. В целях повышения доступности и качества медицинской помощи, оценки качества и эффективности медицинской деятельности, в целях обеспечения надлежащего контроля качества лечения пациентов в ГАУЗ «КДМЦ» и в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г. № 323, и действующих приказов:
2. Минздравсоцразвития РФ от 05.05.2012 г. № 502-Н «Об утверждении порядка оказания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» (зарегистрирован в Минюсте РФ 09.06.2012 г. № 24516);
3. Минздрава РФ от 21.05.2002 г. № 154 «О введении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактических учреждениях»;
4. Минздрава РТ от 18.06.2002 г. № 698 «О введении формы учета клинико-экспертной работы в медицинских учреждениях»;
5. Минздрава РТ от 04.11.2002 г. № 1192 «О введении форм отчета о результатах клинико-экспертной работы медицинских учреждений».
6. Минздрава РФ от 10.05.2017 года № 203 н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Назначить ответственных лиц за контроль качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности ГАУЗ «Камский детский медицинский центр» следующих:

1.1. По подразделению перинатальный центр:

Стационар - Фамилия И.О. заместителя главного врача по акушерско - гинекологической помощи

По женской консультации Фамилия И.О. – заведующую

По клинико – диагностической поликлинике Фамилия И.О. - заведующую

1.2. По подразделению детская больница:

Фамилия И.О. –заместителя главного врача по педиатрической помощи

1.3. По подразделению детская поликлиника – заведующую педиатрическим отделением  
Фамилия И.О.

1.4. По подразделению отделения реабилитации и хосписной помощи: заведующую  
Фамилия И.О.

2. Создать врачебные подкомиссии по Экспертизе качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности ГАУЗ «Камский детский медицинский центр» в составе:

1.1. По подразделению стационар Перинатальный центр:

Председатель подкомиссии Фамилия И.О. - заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи (Резерв Фамилия И.О.)

Члены подкомиссии:

Фамилия И.О. – заместитель главного врача по клинико-экспертной работе;

Фамилия И.О.- заведующий отделением ОПБ-1.(Резерв Фамилия И.О. – зав. родовым отделением)

1.2. По подразделению женская консультация:

Председатель подкомиссии Фамилия И.О.– заведующий женской консультации (Резерв Фамилия И.О.)

Члены подкомиссии:

Фамилия И.О. - заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи

Фамилия И.О. – заместитель главного врача по клинико-экспертной работе;

1.3. По подразделению КДП:

Председатель подкомиссии Фамилия И.О. - заведующая КДП

Члены подкомиссии:

Фамилия И.О. - заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи

Фамилия И.О. – заместитель главного врача по клинико-экспертной работе;

1.2.По подразделению Детская больница:

Председатель подкомиссии Фамилия И.О. – заместитель главного врача по педиатрической помощи

Заместитель председателя подкомиссии Фамилия И.О. – заведующая отделением педиатрии № 1.

Члены комиссии:

Фамилия И.О. – заместитель главного врача по клинико-экспертной работе;

Фамилия И.О. – заведующий детской реанимации;

Фамилия И.О. – руководитель отдела качества.

1.3. по подразделению Детская поликлиника

Председатель подкомиссии Фамилия И.О. – заведующий педиатрическим отделением;

Заместителя председателя подкомиссии Фамилия И.О. врач педиатр участковый

Члены подкомиссии:

Фамилия И.О. - заведующий детской поликлиникой;

Фамилия И.О. – заместитель главного врача по клинико-экспертной работе;

Фамилия И.О. – руководитель отдела качества.

1.4.По подразделению отделения реабилитации и хосписной помощи:

Председатель подкомиссии Фамилия И.О.

Заместитель председателя подкомиссии и член комиссии

Фамилия И.О. - врач педиатр;

Фамилия И.О. – заместитель главного врача по клинико-экспертной работе;

Фамилия И.О. – руководитель отдела качества.

2. Председателям подкомиссий: Фамилия И.О. Фамилия И.О. Фамилия И.О., проводить заседания подкомиссий с осуществлением третьей ступени контроля не менее 5 экземпляров медицинских карт больного, согласно плану - графику (**приложение № 1**) с занесением данных в журнал - форма 035-У-02 утвержденную для ВК (**приложение №2**) и оформлением протокола заседания врачебной подкомиссии (**приложение № 2А**).

2.1..Заседание подкомиссий проводить - не реже одного раза в месяц, по графику (**приложение № 1**)

2.2. В случае необходимости привлекать для решения сложных экспертных вопросов специалистов всех профилей больницы.

2.3.Ежемесячно предоставлять сведения (журнал форма **приложение № 2**) статистикам в организационно-методический отдел для проведения статистического анализа.

3. Заместителю главного врача по акушерско-гинекологической помощи Фамилия И.О., заместителю главного врача по педиатрической помощи Фамилия И.О., заведующему поликлиникой Фамилия И.О.:

3.1. проводить 2 ступень ЭКМП 30-50 экспертиз в квартал по утвержденной главным врачом форме – (**приложение № 2 Б**). Информацию о выявленных дефектах предоставлять заместителю главного врача по клинико-экспертной работе Фамилия И.О.

до 5 числа каждого месяца, следующего за отчетным.

4. Заместителю главного врача по клинико-экспертной работе Фамилия И.О., заместителю главного врача по акушерско-гинекологической помощи Фамилия И.О., заместителю главного врача Фамилия И.О. и заведующему детской поликлиники Фамилия И.О., заведующему ОДМР и АХП Фамилия И.О.:

4.1. осуществлять взаимодействие со страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования в т.ч. по рассмотрению исков и претензий.

4.2. анализировать поступающие из СМО акты МЭЭ и ЭКМП и оформлять при необходимости претензионные иски для согласительных комиссий в установленные сроки законом.

5. Заведующим отделениями стационаров и поликлиники:

5.1. обеспечить проведение первой ступени контроля качества медицинской помощи в объеме не менее 80 % медицинских карт от законченных случаев в круглосуточном и дневном стационаре, не менее 50% в отделении новорожденных, с регистрацией данных экспертиз в подразделении Детская больница (вкладыш к медицинской карте стационарного больного), а так же в журналах, утвержденных главным врачом в других подразделениях (ПЦ, ДП, ОДМР).

5.2. Обеспечить в поликлинических отделениях не менее 30 экспертиз амбулаторных карт с законченными случаями ежемесячно, с регистрацией данных экспертиз в журналах, утвержденной главным врачом формы.

**(приложение № 3)**

5.3. Заведующим диагностическими отделениями осуществлять текущий контроль врачебных заключений не менее 10 в неделю с регистрацией в журнале утвержденной главным врачом формы **(приложение № 4)**.

5.4. Проводить оценку качества медицинской помощи согласно действующим медицинским протоколам, стандартам, действующим приказам и документированной процедуре СМК «Оценка качества и безопасности медицинской деятельности».

5.5. Проводить шифровку всех законченных случаев в стационаре в соответствии с МКБ-Х клинико - затратными группами (КЗГ).

5.6. Контролировать правильность оформления историй, талонов амбулаторного пациента, возвратных талонов станций скорой медицинской помощи и направлений, статистических карт выбывшего из стационара, медицинских карт стационарного и амбулаторного больного в соответствии с Правилами ведения медицинской документации в ГАУЗ «КДМЦ».

5.7. Ежемесячно проводить анализ качественных показателей и клинико-экспертных ошибок. В случае выявления дефектов при направлении пациента на госпитализацию сторонними МО информацию предоставлять в отдел качества.

5.8. С выявленными замечаниями и дефектами в работе знакомить лечащих врачей под роспись.

5.9. Заведующим отделений ежемесячно анализировать дефекты, выявленные при экспертизе качества медицинской помощи, с оформлением отчета по утвержденной форме **(приложение № 5)** и предоставлением данных к 5 числу месяца следующего за отчетным заместителю главного врача по КЭР Фамилия И.О.

5.10. При экспертизе случая учитывать медико-экономические критерии и критерии оценки сестринского персонала, согласно документированной процедуре «Оценка качества и безопасности медицинской деятельности»

7. Лечащим врачам:

7.1. Осуществлять нулевую ступень контроля - самоконтроль лечащего врача по чек – листу **(приложение № 6)** с учетом параметров контроля на основании приказа МЗ РФ № 203 от 10.05.2017 г.

7.1. Определять сроки госпитализации в соответствии с КЗГ и программой

государственных гарантий.

7.3. В работе руководствоваться клиническими протоколами, национальными руководствами, регламентами ГАУЗ «КДМЦ» и действующими приказами РФ, РТ.

7.2. Заведующим приемными отделениями обеспечить контроль оформления журналов приема и отказа в госпитализации, врачам обеспечить качественное заполнение медицинской документации.

8. Руководителю отдела качества Фамилия И.О.:

8.1. Ежемесячно проводить:

- анализ выявленных дефектов при госпитализации пациентов с других ЛПУ, с предоставлением данных руководителям лечебных учреждений и специалистам управления здравоохранения;
- анализ удовлетворенности потребителей;
- анализ обращения граждан.

8.2. Ежеквартально проводить анализ выявленных ошибок при аудитах по выполнению процессов и подпроцессов структурных подразделений, с оценкой своевременности проведения корректирующих и предупреждающих действий в отношении качества оказания медицинской помощи пациентам.

8.3. Анализировать выявленные дефекты специалистами – экспертами отдела качества при выборочном проведении контроля качества медицинской помощи на основании чек - листов к приказу Минздрава РФ от 10.05.2017 года № 203 н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» с предоставлением данных главному врачу и подкомиссии по заместителю главного врача по медицинской части.

9. Осуществлять подачу дефектов, выявленных при ЭКМП в отдел труда и заработной платы для решения вопроса о выплате стимулирующих выплат медицинскому персоналу:

9.1. В случае выявления грубых или повторных, выявленных на первом уровне ККМП от заведующего отделения до 20 числа каждого месяца поступает служебная записка с выявленными дефектами, данными Ф.И.О. врача на комиссию по стимулирующим выплатам, где решается вопрос о проценте снятия данных выплат с лечащего врача.

9.2. В случае выявления грубых или повторных дефектов выявленные на втором уровне ККМП от заместителя главного врача до 20 числа каждого месяца поступает служебная записка с выявленными дефектами, данными Ф.И.О. врача на комиссию по стимулирующим выплатам, где решается вопрос о проценте снятия данных выплат с лечащего врача и зав.отделением.

9.3. В случае выявления грубых или повторных дефектов выявленные при проведении аудита по качеству оказания медицинской помощи отделом качества до 20 числа каждого месяца от руководителя отдела качества поступает служебная записка с выявленными дефектами, данными Ф.И.О. врача на комиссию по стимулирующим выплатам, где решается вопрос о проценте снятия данных выплат с лечащего врача и зав. отделением.

10. Заведующей канцелярии ГАУЗ «КДМЦ» Фамилия И.О., заинтересованных лиц ознакомить под роспись.

11. Контроль исполнения данного приказа оставляю за собой.

Главный врач

Фамилия И.О.

Исп. Фамилия И.О. Фамилия И.О.

**Приложение № 1 к приказу № \_\_\_\_\_**  
**« \_\_\_\_\_ » 2018 год**

**План график заседания подкомиссий по оценке качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности**

Наименование структурного подразделения	День недели	Часы
Перинатальный центр	1-ая пятница	14.00-15.00
Детская больница	2-ая пятница	14.00-15.00
Детская поликлиника	1- й вторник	8.00-9.30
Женская консультация	3-я пятница	14.00-15.00
ПЦ КДО	4 –ая пятница	14.00-15.00
Отделение восстановительного лечения и хосписной помощи	2 - я среда месяца	14.00-15.00

**Приложение № 2 к приказу № \_\_\_\_\_**  
**от « \_\_\_\_\_ » 2018 год**

**Журнал учета клинико – экспертной работы лечебно – профилактического учреждения**

№ п/п	Дата экспертизы	Наименование ЛПУ, фамилия врача, направившего пациента на экспертизу	Фамилия, имя, отчество пациента	Адрес (либо № страхового полиса или медицинского документа) пациента	Дата рождения	Пол	Социальн	Причин	Характеристика	Вид и предмет		
							ый статус					
професси	я	ния.	иагноз	ой, сопут	ствующий	) в	соответ	ствии с	МКБ-	10		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		

Выявлено при экспертизе			Обоснование заключения. Заключение экспертов, рекомендации	Дата направления в бюро МСЭ или другие (специализированные) учреждения	Заключение МСЭ или других (специализированных) учреждений	Дата получения заключения МСЭ или других учреждений, срок его действия	Дополнительная информация по заключению других (специализированных) учреждений. Примечания	Основной состав экспертов	Подписи экспертов
отклонение от стандартов	дефекты, нарушения, ошибки и др.	достигнутые результаты этапа или исхода лечебно - профилактического мероприятия							
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

**Приложение № 2 А к приказу № \_\_\_\_\_**  
**от « \_\_\_\_\_ » 2018 год**

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ (подкомиссии по ЭКМП)

от «\_\_\_» 20 г. №\_\_\_\_\_

Повестка: 1. Комиссия в составе:

Председатель \_\_\_\_\_ (руководитель комиссии или его заместитель)

Члены \_\_\_\_\_

Приглашенные \_\_\_\_\_ (специалисты, представляющие материалы на комиссию, эксперты)

В присутствии: Проверяемые лица \_\_\_\_\_

Руководители \_\_\_\_\_

2. Перечень рассмотренных вопросов:

Представленные материалы \_\_\_\_\_ (результаты служебного расследования, медицинская документация, объяснительные медицинского персонала, акты проверок, приказы и т.д.)

3. Выявленные дефекты в ведении медицинской документации и в оказании медицинской помощи пациенту (Ф.И.О., № истории, адрес, лечащий врач):

3. Комиссия решила \_\_\_\_\_ (обоснование принятого решения)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Председатель комиссии: \_\_\_\_\_

Члены комиссии: \_\_\_\_\_

**Приложение № 2 Б к приказу №\_\_\_\_\_**  
**«\_\_\_\_\_» 2018 год**

**АКТ**

**Экспертной оценки качества медицинской помощи ( вторая ступень контроля**  
**Перинатальный центр)**

Дата \_\_\_\_\_ № истории родов (мед карта стационарного больного) \_\_\_\_\_  
ФИО пациентки \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Место работы \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Профессия \_\_\_\_\_

Кем направлена, № ж/к \_\_\_\_\_

Сроки обследования и лечения \_\_\_\_\_

Время поступления в приемный покой \_\_\_\_\_

Время осмотра врачом \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_

ФИО: лечащего врача \_\_\_\_\_

Хирурга \_\_\_\_\_

Аnestезиолога \_\_\_\_\_

Оказана экстренная, плановая (нужное подчеркнуть) медицинская помощь.  
Клинический диагноз

---

---

Осложнения

---

---

КСГ \_\_\_\_\_ код по МКБ X \_\_\_\_\_

УКЛ Иступени \_\_\_\_\_ исход заболев. \_\_\_\_\_

Диагноз поставлен: своевременно, обоснованно, с клинико-функциональной характеристикой; несвоевременно; необоснованно; без клинико-функциональной характеристики; ошибочно (нужное подчеркнуть).

Другие замечания \_\_\_\_\_

---

---

**Этапы лечебно-диагностического процесса:**

Анамнез (характеристика жалоб, перенесенные заболевания, акушерский анамнез, течение настоящей беременности и т.д.). Соответствие анамнеза данным Д книжки беременной \_\_\_\_\_

---

---

Дефекты в назначении и проведении обследования: не было, обследована не полностью по основному заболеванию, обследование затянуто без объективных причин; не обследованы сопутствующие заболевания; необоснованное дублирование обследований; прочее \_\_\_\_\_

---

---

Дефекты в назначении и проведении лечения: не было, недостаточное лечение основного заболевания; недостаточное лечение сопутствующей патологии, полипрагмазия; недостаточное использование не медикаментозной терапии, прочее \_\_\_\_\_

---

---

Дефекты оперативного лечения: не было; были тактические; технические; организационные \_\_\_\_\_

---

Дефекты работы анестезиологической службы: не было; были – отсутствие осмотра перед наркозом; отсутствие оценки степени риска наркоза; остановка сердца во время наркоза, остановка дыхания; регургитация и респирация рвотными массами; нарушение гемодинамики, связанной с недостаточной инфузционной терапией; повреждение слизистых оболочек и зубов; ошибки в определении показателей для катетеризации центральных вен; прочее

---

---

Дефекты работы реанимации: не было; были – тактические, технические, организационные, диагностические \_\_\_\_\_

Оценка работы заведующего отделением: удовлетворительная, неудовлетворительная, недостаточная, дефекты в экспертной оценки, проведенной зав отделением \_\_\_\_\_

Качество оформления:

– истории родов (медицинской карты стационарного больного)

\_\_\_\_\_

– выписного эпикриза (все ли обследования, гемотрансфузии и лечение указаны, рекомендации по амбулаторному лечению, имеется ли дата явки женщины в ж/к, данные о выписке л/н и т.д.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дефекты, не зависящие от отделения: неявка консультанта, несвоевременная явка консультанта, некачественное обследование во вспомогательном отделении, отсутствие технических возможностей, другие \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Причины проведения экспертизы: 2 ступень КК; жалоба; прочее \_\_\_\_\_

УКЛ II ступени \_\_\_\_\_

Предложения по исправлению замечаний \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(должность, ФИО эксперта)

\_\_\_\_\_

(Подпись эксперта)

Ознакомлены

### АКТ

Экспертной оценки качества медицинской помощи ( вторая ступень контроля Детская  
больница - стационар)

История болезни № \_\_\_\_\_

ФИО пациента: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Дата госпитализации в отделение \_\_\_\_\_ (какое) и когда \_\_\_\_\_

Дата выписки: \_\_\_\_\_

Длительность госпитализации: \_\_\_\_\_ к/дн.

Диагноз \_\_\_\_\_

Лечащий врач: \_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Данные экспертизы:

1. Замечания по лечебно - диагностическому процессу:

2. Замечания по ведению медицинской документации:

результаты обследований, проведенных во время лечения (неисполнение пункта 2.2 Приказа МЗ РФ № 203н от 10.05.2017г «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»). \_\_\_\_\_

---

УКЛ отделения составил: \_\_\_\_\_

УКЛ эксперта: \_\_\_\_\_

Заместитель главного врача

по педиатрической помощи: \_\_\_\_\_ /Наговицына Н.М./

Заведующий отделением: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Ознакомлены \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

### АКТ

#### Экспертной оценки качества медицинской помощи (вторая ступень контроля поликлиника, женская консультация)

Дата \_\_\_\_\_

Жалобы и динамика состояния \_\_\_\_\_

Проведенное обследование и лечение \_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания \_\_\_\_\_ (МКБ)

Осложнения \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_

Заключение врачебной комиссии \_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_

Председатель \_\_\_\_\_

Члены комиссии \_\_\_\_\_

Приложение № 3 к приказу № \_\_\_\_\_  
«\_\_\_\_\_» 2018 год

Журнал интегральных показателей оценки уровня качества лечения в стационаре и

**поликлинике, за исключением диагностических отделений ( 1 уровень контроля).**

№ п/п	Дата проведен ия эксперти зы	№ истории болезни (медицинской карты)	Ф.И. пациента	Дата и сроки госпитализа ции / дата родов	Диагноз по МКБ
----------	------------------------------------------	------------------------------------------------	------------------	----------------------------------------------------	-------------------

ОД (оценка диагно за)	ОДМ (оценка выполнен ия набора диагности ческих мероприя тий)	ОЛМ (оценка выполнения набора лечебно- оздоровительных мероприятий)	ОК (оценка качества заполнен ия медицинс кой документ ации)	УКЛ ( уровен ь качест ва лечени я)	Выявл енные дефект ы	Ознако мление лечаше го врача Подпи сь Ф.И.О.
--------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------------------------------------

Приложение № 4 к приказу № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » 2018 год

**Карта ежемесячной оценки уровня качества работы параклинических отделений  
отделениях (1 уровень контроля).**

Оценки деятельности параклинических отделений (ОФД, КДЛ, Бак.лабор,  
эндоскопический кабинет)

Заполняются заведующими клинических отделений не реже 1 раза в месяц. Не  
менее 20 исследований.

Отделение \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

№ п/п	<b>1.Оформление медицинского заключения</b>	
1.1.	В полном объеме	1
1.2.	Имеются замечания, которые не привели к значимым последствиям	
1.3.	Имеются замечания, которые привели к значимым последствиям	0
	<b>2.Соблюдение сроков выдачи результатов исследования</b>	
2.1.	Сроки соблюdenы	1
2.2.	Сроки не соблюdenы	0
	<b>3.Описание полученных данных</b>	
3.1.	В полном объеме	
3.2.	Имеются замечания, которые не привели к ошибочному заключению	
3.3.	Замечания привели к ошибочному заключению	
	<b>Итого</b>	
	Коэффициент качества ( сумма баллов п 1 – 3 )	
	хорошо	
	удовлетворительно	
	неудовлетворительно	
	Ф.И.О. лица, осуществляющего внутренний контроль качества	

*Сводный отчет по результату 1 ступени контроля предоставляется заведующими параклинических отделений 1 раз в месяц до 5 числа следующего месяца за отчетным заместителю главного врача по клинико – экспертной работе.*

№ п/п	Отделения	Баллы
1	Отделение функциональной диагностики	
2	Отделение лучевой диагностики	
3	Клинико диагностическая лаборатория	
4	Бактериологическая лаборатория	
5	Эндоскопические кабинеты	

Приложение № 5 к приказу № \_\_\_\_\_  
«\_\_\_\_\_» 2018 год

**Ежемесячный отчет**  
**Результаты экспертизы качества медицинской помощи первого уровня**  
**(заведующих отделений)**

Структурное подразделение ГАУЗ «КДМЦ», отделение \_\_\_\_\_

Проверено \_\_\_\_\_ медицинских карт

Выписано пациентов \_\_\_\_\_

ККМП \_\_\_\_\_

Комментарии, при УКЛ менее 1 \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_ (зав. отделением) Дата \_\_\_\_\_

Приложение № 6 к приказу № \_\_\_\_\_  
«\_\_\_\_\_» 2018 год

**Чек лист самоконтроля лечащего врача - дефекты сбора информации о пациенте**  
**(нулевая степень контроля)**

1. Жалобы (есть «+»; нет «-» качественной и количественной характеристик, условий возникновения и прекращения симптомов).
2. Анамнез болезни (an. morbi) - есть «+»; нет «-» отражение течение заболевания, предшествовавшие исследования и лечение.
3. Анамнез жизни (an. vitae) - есть «+»; нет «-» отсутствуют сведения о перенесенных заболеваниях, вредных привычках, аллергических проявлениях, характере работы, наследственных факторах, а также половой и страховой (временная нетрудоспособность в течение предшествующих 12 месяцев) анамнез.
4. Физикальные (объективные) данные - есть «+»; нет «-» описания общего статуса, осмотра отдельных частей тела, перкуссии, пальпации, аускультации, специальных исследований (число дыханий, голосовое дрожание, симптомы натяжения, поколачивания и

т.д.).

5. Обоснования необходимых консультаций специалистов: есть «+»; нет «-«
6. Описана эффективность лечения (в повторных осмотрах). есть «+»; нет «-«
7. Выполнен стандарт амбулаторного или стационарного обследования. есть «+»; нет «-«

#### **Дефекты обоснования и оформления диагноза**

1. Диагноз неполный (без указания нозологии, характеристики течения, клинической формы, осложнений, степени выраженности функциональных расстройств, указания о перенесенных оперативных вмешательствах, травмах, инсультах, инфарктах и их датах). Есть «+»; нет «-«

2. Отсутствуют обоснование диагноза, этапный, выписной эпикризы, заключительный диагноз. есть «+»; нет «-«

3. Приняты меры для уточнения диагноза (осмотр заведующего отделением, КЭК, необходимые консультации специалистов и т.д.). есть «+»; нет «-«

#### **Дефекты лечебно-оздоровительных мероприятий**

1. Отмечены : режим, диета. есть «+»; нет «-«
2. Фармакотерапия (неверны доза, путь введения, режим и условия применения лекарственных средств), есть «+»; нет «-«
3. Использованы показанные методы физиотерапии, лечебной физкультуры, психотерапии, рефлексотерапии и т. д. есть «+»; нет «-«
4. Выполнен стандарт лечения. есть «+»; нет «-«
5. Отработана преемственность. есть «+»; нет «-«
6. Необходимые рекомендации при выписке. есть «+»; нет «-«

Приложение № 6 а к приказу № \_\_\_\_\_  
«\_\_\_\_\_» 2018 год.

#### **Чек-лист по экспертизе истории № \_\_\_\_\_ Дата проведения экспертизы \_\_\_\_\_**

3.4.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при сахарном диабете (коды по МКБ-10: E10.2; E10.3; E10.4; E10.5; E10.6; E10.7; E10.8; E10.9; E11.2; E11.3; E11.4; E11.5; E11.6; E11.7; E11.8; E11.9; E13.2; E13.3; E13.4; E13.5; E13.6; E13.7; E13.8; E13.9)

№ п/п	Анализируемая информация	Да	Нет	Причины не выполнения
1.	Заполнение всех разделов, предусмотренных стационарной картой все пункты			
2.	Код по МКБ, код по КСГ на титульном листе			
3.	Наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (подписи все)			
4.	Первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи в приемном отделении или в профильном структурном подразделении (далее – профильное отделение) (дневном стационаре) или отделении (центре) анестезиологии - реанимации медицинской организации			
5.	Оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, с записью в стационарной карте.			
6.	Проведение первичного осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях, состояния, обострение хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме, безотлагательно.			
7.	Проведение первичного осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострение хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме, не позднее 2 часов с момента поступления пациента в приемное отделение (дневной стационар) медицинской организации.			
8.	Установление предварительного диагноза врачом приемного отделения или врачом профильного отделения (дневного стационара) или врачом (центра) анестезиологии – реанимации медицинской организации не позднее 2х часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию.			
9.	Формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом			

	предварительного диагноза.		
11.	Формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлениях заболевания, тяжести заболевания или состояние пациента, лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии).		
12.	Включения в план обследования и план лечения перечня лекарственных препаратов, включенных в стандарты медицинской помощи, имеющих частоту применения 1,0, и клинической рекомендации (протокол лечения), а при отсутствии такового назначения - обоснование этого.		
13.	Назначение лекарственных препаратов, с учетом инструкции к препарату возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличие осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний.		
14.	Указание в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства при заболевании (состоянии) и наличии медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики.		
15.	Установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей – специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения); установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневного стационара) медицинской организации; установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение;		
16.	Внесение в стационарную карту в случае особенности течения заболевания, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований, соответствующей записи, заверенной подписью заведующего профильным отделение (дневном стационаром).		
17.	Принятие решения о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации врачебной комиссией медицинской организации с оформлением протокола и внесением стационарную карту, принятие при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решения консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в стационарную карту.		
18.	Оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в стационарной карте, подписью лечащим врачом и заведующим профильным отделением (дневным стационаром);		
19.	Проведение в обязательном порядке осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением в стационарную карту соответствующей записи, подписанной заведующим профильным отделением (дневным стационаром)		
20.	Проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояние пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения		
21.	Назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с приказом Минздрава России от 20 декабря 2012 г. N 1175н., назначение лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и перечень медицинских изделий, инплантируемых в организм человека при оказании гражданам медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатной оказании медицинской помощи, врачебной комиссией медицинской организации, с оформлением решения протоколом с внесение в стационарную карту.		
22.	Осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другое профильное отделение внутри медицинской организации с принятием решения о переводе заведующими соответствующими структурными подразделениями с внесением соответствующей записи в стационарную карту.		
23.	Оформление по результатам лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара выписки из стационарной карты с указанием клинического диагноза, данных обследования, результатов проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, подписанной лечащим врачом, заведующим профильным отделением (дневным стационаром) и заверенной печатью медицинской		

	организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами, выданной на руки пациенту (его законному представителю) в день выписки из медицинской организации.			
24	Наличие всех подписей, расшифровок медицинского персонала и пациентов			
25	Наличие лабораторных и диагностических исследований при поступлении на плановую госпитализацию			
26	Другие нарушения ведения истории болезни (родов)			
<b>№ п/п</b>	<b>Критерии качества</b>	<b>Оценка выполнения</b>	<b>Причина не выполнения</b>	
1.	Выполнено измерение гликемии не реже 4 раз в 24 часа ежедневно	Да/Нет		
2.	Выполнено исследование уровня гликированный гемоглобина (HbA1c)	Да/Нет		
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (белок, общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды, билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, мочевина, креатинин, калий, натрий)	Да/Нет		
4	Выполнен общий анализ мочи	Да/Нет		
5	Выполнено исследование на микроальбуминурию у пациентов детского возраста со стажем диабета от 5 лет, у подростков с диабетом независимо от стажа	Да/Нет		
6	Выполнено электрокардиографическое исследование	Да/Нет		
7	Выполнена консультация врачом-офтальмологом	Да/Нет		
8	Выполнена консультация врачом-неврологом	Да/Нет		
9	Выполнена заместительная интенсифицированная и/или базис-болюсная помповая инсулинотерапия (при сахарном диабете 1 типа в зависимости от медицинских показаний)	Да/Нет		
10	Достигнуто улучшение показателей гликемического контроля	Да/Нет		
11	Обучен (а) в школе диабета	Да/Нет		

### **Анализ результатов экспертизы качества медицинской помощи второго уровня**

Структурное подразделение:

Экспертизуемое отделение:

Отчетный период: \_\_\_\_\_ года.

<b>Наименование дефектов</b>	<b>Абсолютное число</b>	<b>Доля от общего числа дефектов</b>
Выявлено дефектов всего		
В том числе:		
Дефекты ведения медицинской документации		
Неисполнение пунктов критериев качества Приказа МЗ РФ № 203 без обоснования в медицинской документации		
Дефекты в проведении лечебных мероприятий		

**Заключение:**

1. **Основные дефекты:** \_\_\_\_\_

2. **Корректирующие действия:** \_\_\_\_\_

Зам.гл.врача : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

