

Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи

Приказ · № 520н · от 15.07.2016 · Министерство здравоохранения · Действует с изменениями

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

Москва

15 июля 2016 г. № 520н

Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи

Зарегистрирован Минюстом России 8 августа 2016 г.

Регистрационный № 43170

В соответствии с частью 2 статьи 64 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165) приказываю:

1. Утвердить критерии оценки качества медицинской помощи согласно приложению.
 2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 июля 2015 г. № 422ан "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 августа 2015 г., регистрационный № 38494).
 3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 июля 2017 года.
- Министр В.И.Скворцова

Приложение

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 15 июля 2016 г. № 520н

Критерии оценки качества медицинской помощи

I. Общие положения

- 1.1. Настоящие критерии оценки качества медицинской помощи (далее - критерии качества) применяются при оказании медицинской помощи в медицинских и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, полученную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.
- 1.2. Критерии качества применяются в целях оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.
- 1.3. Критерии качества применяются по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях).

II. Критерии качества по условиям оказания медицинской помощи

2.1. Критерии качества в амбулаторных условиях:

а) ведение медицинской документации - медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, истории развития ребенка, индивидуальной карты беременной и родильницы (далее - амбулаторная карта):

заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой;

наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;

б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи:

оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, запись в

амбулаторной карте;

в) установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;

г) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

д) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента;

е) назначение лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

ж) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (далее - клинические рекомендации):

оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в амбулаторной карте;

установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения;

проведение при затруднении установления клинического диагноза консилиума врачей с внесением соответствующей записи в амбулаторную карту с подписью заведующего амбулаторно-поликлиническим отделением медицинской организации;

з) внесение соответствующей записи в амбулаторную карту при наличии заболевания (состояния), требующего оказания медицинской помощи в стационарных условиях, с указанием перечня рекомендуемых лабораторных и инструментальных методов исследований, а также оформление направления с указанием клинического диагноза при необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме;

и) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций;

к) назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с установленным порядком:

оформление протокола решения врачебной комиссии медицинской организации;

внесение записи в амбулаторную карту при назначении лекарственных препаратов для медицинского применения и применении медицинских изделий по решению врачебной комиссии медицинской организации;

л) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке;

м) осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке с соблюдением периодичности осмотров и длительности диспансерного наблюдения;

н) проведение медицинских осмотров, диспансеризации в установленном порядке, назначение по их результатам, в случае необходимости, дополнительных медицинских мероприятий, в том числе установление диспансерного наблюдения.

2.2. Критерии качества в стационарных условиях и в условиях

дневного стационара:

а) ведение медицинской документации - медицинской карты стационарного больного, истории родов, истории развития новорожденного (далее - стационарная карта):

заполнение всех разделов, предусмотренных стационарной картой;

наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;

б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи в приемном отделении или профильном структурном подразделении (далее - профильное отделение) (дневном стационаре) или отделении (центре) анестезиологии-реанимации медицинской организации:

оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в стационарной карте;

в) установление предварительного диагноза врачом приемного отделения или врачом профильного отделения (дневного стационара) или врачом отделения (центра) анестезиологии-реанимации медицинской организации не позднее 2 часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию;

г) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

д) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента, лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии);

е) назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

ж) указание в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства при заболевании (состоянии) и наличии медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики;

з) 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:

установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации;

установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение;

и) внесение в стационарную карту в случае особенностей течения заболевания, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследования, соответствующей записи, заверенной подписью заведующего профильным отделением (дневным стационаром):

принятие решения о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации врачебной комиссией медицинской организации с оформлением протокола и внесением в стационарную карту;

принятие при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решения консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в стационарную карту;

оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в стационарной карте, подписанного лечащим врачом и заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

к) 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);

л) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения:

проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) после установления клинического диагноза;

проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным

отделением (дневным стационаром) при изменении степени тяжести состояния пациента;

м) назначение лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, врачебной комиссией медицинской организации, с оформлением решения протоколом с внесением в стационарную карту;

осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другое профильное отделение внутри медицинской организации с принятием решения о переводе заведующими соответствующими структурными подразделениями (из которого переводится пациент и в которое переводится пациент) с внесением соответствующей записи в стационарную карту;

н) осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, утвержденными соответствующими порядками оказания медицинской помощи по профилям или группам заболеваний, с принятием решения о переводе врачебной комиссией медицинской организации, из которой переводится пациент (с оформлением протокола и внесением в стационарную карту), и согласованием с руководителем медицинской организации, в которую переводится пациент;

о) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке;

п) проведение при летальном исходе патолого-анатомического вскрытия в установленном порядке;

р) отсутствие расхождения клинического диагноза и патолого-анатомического диагноза;

с) 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.

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный № 36160);

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1177н "Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июня 2013 г., регистрационный № 28924), с изменением, внесенным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2015 г. № 549н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 сентября 2015 г., регистрационный № 38783).

Статья 48 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1175н "Об

утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 июня 2013 г., регистрационный № 28883), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2013 г. № 886н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 декабря 2013 г., регистрационный № 30714) и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 июня 2015 г. № 386н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 6 августа 2015 г., регистрационный № 38379) (далее - приказ Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1175н);

В соответствии с пунктом 4.7 Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 502н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 июня 2012 г., регистрационный № 24516), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2013 г. № 886н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 декабря 2013 г., регистрационный № 30714);

Статья 59 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165);

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 1344н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 февраля 2013 г., регистрационный № 27072) и Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 1348н "Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 марта 2013 г., регистрационный № 27909)

Часть 7 статьи 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165; 2016, № 27, ст. 4219).

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1177н "Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июня 2013 г., регистрационный № 28924), с изменением, внесенным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2015 г. № 549н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 сентября 2015 г., регистрационный № 38783).

Статья 48 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724);

Часть 2 статьи 80 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165; 2015, № 10, ст. 1403).

Распоряжение Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2014 г. № 2762-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2015, № 2, ст. 538);

Статья 59 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48,

ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165);

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 июня 2013 г. N 354н "О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 декабря 2013 г., регистрационный № 30612).

III. Критерии качества по группам заболеваний (состояний)

3.1. Критерии качества при некоторых инфекционных и паразитарных болезнях

3.1.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при лихорадке без очага инфекции (коды по МКБ - 10: A49.8-A49.9; R50.0-R50.1) |---|-----|
|-----| | № | Критерии качества | Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----|
|-----| | 1. |Выполнена отоскопия | Да/Нет | |---|-----|
|-----| | 2. |Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее | Да/Нет | | |24
часов от момента поступления в стационар | | |---|-----|
| 3. |Выполнено исследование уровня С-реактивного белка или | Да/Нет | | |прокальцитонина в крови |
| |---|-----| | 4. |Выполнен общий анализ мочи не
позднее 24 часов от момента | Да/Нет | | |поступления | | |---|-----|
|-----| | 5. |Выполнено бактериологическое исследование крови на стерильность с | Да/Нет | |
|определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим | | | |лекарственным
препаратам (при наличии лабораторных маркеров | | | |бактериальной инфекции) | | |---|-----|
|-----| | 6. |Выполнено бактериологическое исследование мочи с
определением | Да/Нет | | |чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным|
| |препаратам (при выявлении лейкоцитурии и/или бактериурии и/или | | | |нитритов в моче) | | |---|-----|
|-----| | 7. |Выполнена рентгенография органов грудной
клетки (при наличии | Да/Нет | | |лабораторных маркеров бактериальной инфекции) | | |---|-----|
|-----| | 8. |Проведена терапия антибактериальными
лекарственными препаратами | Да/Нет | | |(при подтверждении бактериальной инфекции и/или при
наличии | | | |лабораторных маркеров бактериальной инфекции) | | |---|-----|
|-----| | 9. |Выполнена смена терапии антибактериальными лекарственными | Да/Нет |
| |препаратами не позднее 72 часов от момента начала | | | |антибактериальной терапии (при
отсутствии снижения температуры | | | |тела) | | |---|-----|
|-----|

3.1.2 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при вирусном гепатите без печеночной комы (коды по МКБ - 10: B15.9; B16.1; B16.9; B17.1; B17.2; B17.9; B19.9) |---|-----|
|-----| | № | Критерии качества | Оценка | |п/п|
|выполнения| |---|-----| | 1. |Выполнен осмотр врачом-
инфекционистом не позднее 2-х часов от | Да/Нет | | |момента поступления в стационар | | |---|-----|
|-----| | 2. |Выполнен анализ крови биохимический
общетерапевтический | Да/Нет | | |(аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, | | |
|гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин, общий белок, альбумин, | | | |глюкоза) | | |---|-----|
|-----| | 3. |Выполнено определение протромбинового индекса или
коагулограмма | Да/Нет | | |(ориентировочное исследование системы гемостаза) при
протромбиновом | | | |индексе менее 70% | | |---|-----|
| 4. |Выполнено определение маркеров вирусов гепатита А и Е и/или вирусов| Да/Нет | | |гепатита В и С
методами иммуноферментного анализа или | | | |хемилюминесцентного иммунного анализа или
полимеразной цепной | | | |реакции | | |---|-----|
| 5. |Проведена инфузионная терапия (при отсутствии медицинских | Да/Нет | | |противопоказаний) | | |
|---|-----| | 6. |Выполнено ультразвуковое исследование
органов брюшной полости | Да/Нет | | |(комплексное) или компьютерная томография органов
брюшной полости | | | |или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости | | |---|-----|

-----|-----| 7. Достигнуто снижение уровня
аланинаминотрансферазы менее 150 Ед/л на | Да/Нет | | момент выписки из стационара | | |-----|
-----|-----| 8. Достигнут уровень билирубина в крови не выше 40
мкмоль/л на момент | Да/Нет | | |выписки из стационара | | |-----|
-----|-----| 9. Достигнут уровень протромбинового индекса не ниже 80% на момент | Да/Нет | |
|выписки из стационара | | |-----|-----|

3.1.3 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при вирусном
гепатите с печеночной комой (коды по МКБ - 10: B15.0; B16.0; B16.2) |---|-----|
-----|-----| № | Критерии качества | Оценка | п/п | выполнения | |-----|
-----|-----| 1. Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 10 минут от |
Да/Нет | | момента поступления в стационар | | |-----|-----|
|2. Выполнен осмотр врачом-реаниматологом не позднее 30 минут от | Да/Нет | | момента
поступления в стационар | | |-----|-----| 3. Проведены
инфузионно-трансфузионная терапия и терапия | Да/Нет | | лекарственными препаратами группы | |
| глюкокортикостероидов не позднее 30 минут от момента | | | поступления в стационар (при
отсутствии медицинских | | | противопоказаний) | | |-----|-----|
----| 4. Выполнено определение вирусов гепатитов А, В, С, D методами | Да/Нет | |
| иммуноферментного анализа или хемилюминесцентного иммунного | | | анализа или полимеразной
цепной реакции не позднее 24 часов от | | | момента поступления в стационар | | |-----|
-----|-----| 5. Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический |
Да/Нет | | (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, билирубин, | | | общий белок,
альбумин, электролиты крови) не позднее 3 часов | | | от момента поступления в стационар | | |-----|
-----|-----| 6. Выполнено определение основных групп крови (А,
В, 0) и | Да/Нет | | резус-принадлежности не позднее 3 часов от момента поступления | | | в
стационар | | |-----|-----| 7. Выполнена коагулограмма
(ориентировочное исследование системы | Да/Нет | | гемостаза) не позднее 3 часов от момента
поступления в | | | стационар | | |-----|-----| 8. Выполнена
оценка степени нарушения сознания и комы по шкале | Да/Нет | | Глазго не позднее 30 минут от
момента поступления в стационар | | |-----|-----| 9.
| Проведена инфузионно-трансфузионная терапия (при отсутствии | Да/Нет | | медицинских
противопоказаний) не позднее 20 минут от момента | | | поступления в стационар | | |-----|
-----|-----| 10. Выполнена искусственная вентиляция легких (при развитии
| Да/Нет | | тяжелой дыхательной недостаточности и оценке по шкале Глазго | | | ниже 8 баллов) | |
|---|-----|-----| 11. Проведена терапия антибактериальными
лекарственными | Да/Нет | | препаратами (при среднетяжелой и тяжелой формах острого | | |
| вирусного гепатита с длительным холестазом и при отсутствии | | | медицинских
противопоказаний) | | |-----|-----| 12. Выполнено
ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет | | (комплексное) или
компьютерная томография органов брюшной | | | полости или магнитно-резонансная томография
органов брюшной | | | полости | | |-----|
|13. Достигнуто улучшение сознания по шкале Глазго | Да/Нет | |-----|
-----|-----| 14. Достигнут уровень билирубина в крови не выше 60 мкмоль/л на | Да/Нет | |
| момент выписки из стационара (за исключением холестатических | | | форм) | | |-----|
-----|-----| 15. Достигнут уровень протромбинового индекса не ниже 70% на |
Да/Нет | | момент выписки из стационара | | |-----|-----|
|16. Достигнуто уменьшение гепатомегалии | Да/Нет | | (гепатоспленомегалии) и отсутствие выпота
в брюшной полости на | | | момент выписки из стационара | | |-----|
-----|-----|

3.2 Критерии качества при болезнях крови, кроветворных органов и отдельных нарушениях, вовлекающих иммунный механизм

3.2.1 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при железодефицитной анемии (коды по МКБ - 10: D50) |---|-----|-----|
---| № | Критерии качества | Оценка | п/п | выполнения | ---|-----|-----|
-|-----| 1. |Выполнен общий (клинический) анализ крови с определением | Да/Нет | | количества ретикулоцитов, среднего объема эритроцитов, | | | среднего содержания гемоглобина в эритроците, средней | | | концентрации гемоглобина в эритроците, анизоцитоза эритроцитов| | ---|-----|
-----|-----| 2. |Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический | Да/Нет | | (концентрация сывороточного железа, общая железосвязывающая | | | способность сыворотки, насыщение трансферрина железом, | | | концентрация сывороточного ферритина) | | ---|-----|
-----|-----| 3. |Выполнено лечение солевыми двухвалентными препаратами железа | Да/Нет | | или гидроксидполимальтозным комплексом трехвалентного железа | | | (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии | | | медицинских противопоказаний) | | ---|-----|-----|

3.3 Критерии качества при болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ

3.3.1 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при синдроме Иценко-Кушинга (коды по МКБ - 10: E24) |---|-----|-----| № | Критерии качества | Оценка | п/п | выполнения | ---|-----|-----| 1. |Выполнено два из следующих исследований: определение уровня | Да/Нет | | кортизола в слюне, малая проба с дексаметазоном, исследование | | | уровня кортизола в моче, исследование уровня кортизола в крови| | ---|-----|-----| 2. |Выполнено исследование уровня глюкозы в крови или исследование| Да/Нет | | уровня гликированного гемоглобина в крови | | ---|-----|-----| 3. |Выполнено исследование уровня адренокортикотропного гормона в | Да/Нет | | крови | | ---|-----|-----| 4. |Выполнена магнитно-резонансная томография | Нет | | головного мозга (при уровне адренокортикотропного гормона в | | | крови равном или более 10 пг/мл) | | ---|-----|-----| 5. |Выполнена компьютерная томография надпочечников или | Да/Нет | | ультразвуковое исследование забрюшинного пространства (при | | | уровне адренокортикотропного гормона в крови меньше 10 пг/мл) | | ---|-----|-----|

3.3.2 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при акромегалии и гипопитарном гигантизме (коды по МКБ - 10: E22.0) |---|-----|-----| № | Критерии качества | Оценка | п/п | выполнения | ---|-----|-----| 1. |Выполнено исследование уровня инсулиноподобного фактора роста | Да/Нет | | 1 в сыворотке крови | | ---|-----|-----| 2. |Выполнено исследование уровня соматотропного гормона в крови | Да/Нет | | на 0, 30, 60, 90, 120 минутах от начала проведения орального | | | глюкозотолерантного теста (при отсутствии превышения верхней | | | границы нормы инсулиноподобного фактора роста 1 в сыворотке | | | крови более чем в 1,5 раза и при отсутствии | | | декомпенсированного сахарного диабета) | | ---|-----|-----| 3. |Выполнено исследование уровня соматотропного гормона в крови | Да/Нет | | пятикратно каждые 30 минут (при отсутствии превышения верхней | | | границы нормы инсулиноподобного фактора роста 1 в сыворотке | | | крови более чем в 1,5 раза и при декомпенсированном сахарном | | | диабете) | | ---|-----|-----| 4. |Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга или | Да/Нет | | компьютерная томография головного мозга | | ---|-----|-----| 5. |Выполнено исследование уровня глюкозы в крови или исследование| Да/Нет | | уровня гликированного

гемоглобина в крови | | |---|-----|-----| | 6. |Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический | Да/Нет | |---|-----|-----|

3.4 Критерии качества при болезнях глаза и его придаточного аппарата

3.4.1 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при дегенерации макулы и заднего полюса (коды по МКБ - 10: H35.3) |---|-----|-----|
---| | № | Критерии качества | Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----|-----|
-|-----| |1. |Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения | Да/Нет | |---|-----|-----|
-----|-----| |2. |Выполнена офтальмоскопия и/или биомикроскопия глазного дна в | Да/Нет | | |условиях мидриаза | |---|-----|-----|
| |3. |Выполнено интравитреальное введение ингибитора ангиогенеза | Да/Нет | | |и/или лазерная коагуляция и/или физиотерапия (в зависимости от | | |медицинских показаний и при отсутствии медицинских | | |противопоказаний) | |---|-----|-----| |4. |Достигнута стабилизация или повышение скорректированной остроты | Да/Нет | | |зрения на момент выписки из стационара | |---|-----|-----|

3.4.2 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при язве роговицы (коды по МКБ - 10: H16.0) |---|-----|-----| | № | Критерии качества | Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----|-----|
| |1. |Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения | Да/Нет | |---|-----|-----|
-----|-----| |2. |Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет | |---|-----|-----|
-----|-----| |3. |Выполнено окрашивание роговицы раствором флюоресцеина | Да/Нет | |---|-----|-----|
| |4. |Выполнено лечение противомикробными лекарственными препаратами | Да/Нет | | |и/или противовирусными лекарственными препаратами и /или | | |противогрибковыми лекарственными препаратами и/или | | |противовоспалительными лекарственными препаратами и/или | | |лекарственными препаратами группы регенеранты и репаранты | | |и/или противоаллергическими лекарственными препаратами не | | |позднее 2 часов от момента поступления в стационар (в | | |зависимости от медицинских показаний и при отсутствии | | |медицинских противопоказаний) | |---|-----|-----|
-----|-----| |5. |Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии глубокой | Да/Нет | | |незаживающей язвы с повреждением 2/3 глубины стромы роговицы | | |и/или десцеметоцеле, перфорации язвы роговицы, набухающей | | |катаракты) | |---|-----|-----|
----|-----| |6. |Достигнута эпителизация поверхности роговицы на момент выписки | Да/Нет | | |из стационара | |---|-----|-----|

3.5 Критерии качества при болезнях уха и сосцевидного отростка

3.5.1 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при мастоидите (коды по МКБ - 10: H70) |---|-----|-----| | № | Критерий качества | Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----|-----|
-| |1. |Выполнен осмотр врачом-оториноларингологом не позднее 1 часа | Да/Нет | | |от момента поступления в стационар | |---|-----|-----| |2. |Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не | Да/Нет | | |позднее 3 часов от момента поступления в стационар | |---|-----|-----| |3. |Выполнен парацентез барабанной перепонки не позднее 3 часов от | Да/Нет | | |момента установления диагноза (при отсутствии перфорации | | |барабанной перепонки) | |---|-----|-----|
-----|-----| |4. |Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из | Да/Нет | | |барабанной полости с определением чувствительности возбудителя | | |к антибиотикам и другим лекарственным препаратам | |---|-----|-----| |5. |Выполнена рентгенография височной кости и/или компьютерная | Да/Нет | | |томография височной кости | |---|-----|-----|
-----|-----| |6. |Проведена терапия антибактериальными

лекарственными | Да/Нет | |препаратами | | |----|-----|-----| |
 7. |Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из | Да/Нет | | |антральной полости с
 определением чувствительности возбудителя| | |к антибиотикам и другим лекарственным
 препаратам (при | | |хирургическом вмешательстве) | | |----|-----|-----|
 |-----| | 8. |Выполнена тимпанометрия и/или импедансометрия и/или тональная | Да/Нет | |
 |аудиометрия и/или исследование органов слуха с помощью | | |камертона перед выпиской из
 стационара | | |----|-----|-----| | 9. |Отсутствие гнойно-
 септических осложнений в период | Да/Нет | | |госпитализации | | |----|-----|-----|
 -----|-----| | 10. |Отсутствие тромботических осложнений в период госпитализации | Да/Нет | |
 ---|-----|-----|-----|

3.6 Критерии качества при болезнях системы кровообращения

3.6.1 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром нарушении
 мозгового кровообращения (коды по МКБ - 10: I60-I63; G45; G46) |----|-----|-----|
 -----|-----| | № | Критерии качества | Оценка | |п/п| выполнения| |----|-----|-----|
 -----|-----| | 1. |Выполнен осмотр врачом-неврологом не позднее 10 минут от | Да/Нет | |
 |момента поступления в стационар | | |----|-----|-----| | 2.
 |Выполнена компьютерная томография головы или | Да/Нет | | |магнитно-резонансная томография
 головы с описанием и | | |интерпретацией результата не позднее 40 минут от момента | | |
 |поступления в стационар | | |----|-----|-----| | 3. |Выполнена
 компьютерно-томографическая ангиография и/или | Да/Нет | | |магнитно-резонансная ангиография
 и/или рентгеноконтрастная | | |ангиография церебральных сосудов (при субарахноидальном | | |
 |кровоизлиянии) | | |----|-----|-----| | 4. |Выполнено
 определение уровня глюкозы в периферической крови не | Да/Нет | | |позднее 20 минут от момента
 поступления в стационар | | |----|-----|-----| | 5. |Выполнено
 определение уровня тромбоцитов в крови не позднее 20 | Да/Нет | | |минут от момента поступления в
 стационар | | |----|-----|-----| | 6. |Выполнено определение
 международного нормализованного отношения | Да/Нет | | |и активированного частичного
 тромбопластинового времени не | | |позднее 20 минут от момента поступления в стационар | | |----|
 -----|-----| | 7. |Выполнен системный внутривенный
 тромболизис не позднее 40 минут | Да/Нет | | |от момента установления диагноза (при ишемическом
 инсульте при | | |наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских | | |
 |противопоказаний) | | |----|-----|-----| | 8. |Выполнена
 спинномозговая пункция и исследование спинномозговой | Да/Нет | | |жидкости (при наличии
 менингеальной симптоматики и отсутствии | | |признаков кровоизлияния по данным компьютерной
 томографии или | | |магнитно-резонансной томографии головы) | | |----|-----|-----|
 -----|-----| | 9. |Выполнена консультация врача-нейрохирурга не позднее 60 минут от|
 Да/Нет | | |момента установления диагноза внутричерепного кровоизлияния | | |----|-----|-----|
 -----|-----| | 10. |Начато лечение в условиях блока (палаты) интенсивной терапии
 или| Да/Нет | | |отделения реанимации не позднее 60 минут от момента поступления | | |в стационар
 | | |----|-----|-----| | 11. |Выполнено стандартизированное
 скрининговое тестирование функции | Да/Нет | | |глотания не позднее 3 часов от момента
 поступления в стационар | | |----|-----|-----| | 12. |Выполнена
 оценка степени нарушения сознания и комы по шкале | Да/Нет | | |Глазго и неврологического статуса
 по шкале инсульта NIH не | | |позднее 3 часов от момента поступления в стационар | | |----|-----|
 -----|-----| | 13. |Выполнено мониторирование жизненно важных
 функций (артериального | Да/Нет | | |давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в
 крови, | | |диуреза) | | |----|-----|-----| | 14. |Начата
 индивидуальная нутритивная поддержка не позднее 24 часов | Да/Нет | | |от момента поступления в

стационар с последующей ежедневной | | | коррекцией | | |---|-----
 ---|-----| 15. |Выполнено определение патогенетического варианта ишемического | Да/Нет | |
 |инсульта по критериям TOAST | | |---|-----|-----|
 16. |Выполнена профилактика повторных сосудистых нарушений | Да/Нет | | |лекарственными
 препаратами группы антиагреганты при | | | |некардиоэмболическом варианте транзиторной
 ишемической атаки и | | | |ишемического инсульта или лекарственными препаратами группы | | |
 |антикоагулянты при кардиоэмболическом варианте транзиторной | | | |ишемической атаки и
 ишемического инсульта (при отсутствии | | | |медицинских противопоказаний) | | |---|-----
 -----|-----| 17. |Начата медицинская реабилитация не позднее 48 часов от
 момента | Да/Нет | | |поступления в стационар | | |---|-----|-----
 --| 18. |Выполнена оценка по шкале Рэнкин в первые 24 часа от момента | Да/Нет | | |поступления в
 стационар и на момент выписки из стационара | | |---|-----|-----
 ---| 19. |Оценка по шкале Рэнкин уменьшилась не менее чем на 1 балл за | Да/Нет | | |время
 пребывания в стационаре | | |---|-----|-----| 20. |Отсутствие
 пролежней в период госпитализации | Да/Нет | | |---|-----|-----|
 21. |Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период | Да/Нет | | |госпитализации | | |---|-----
 -----|-----|

3.6.2 Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при
 нарушениях ритма сердца и проводимости (коды по МКБ - 10: I44-I45; I47-I49) ---|-----
 -----|-----| № | Критерии качества | Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----
 -----|-----| 1. |Выполнен осмотр врачом-кардиологом не позднее 10 минут от
 | Да/Нет | | |момента поступления в стационар | | |---|-----|-----
 | 2. |Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический | Да/Нет | | |(кальций, магний,
 калий, натрий) | | |---|-----|-----| 3. |Выполнено
 электрокардиографическое исследование не позднее 10 | Да/Нет | | |минут от момента поступления в
 стационар | | |---|-----|-----| 4. |Проведена электроимпульсная
 терапия и/или временная/постоянная | Да/Нет | | |электрокардиостимуляция и/или проведена терапия
 | | | |антиаритмическими лекарственными препаратами внутривенно не | | | |позднее 30 минут от
 момента поступления в стационар (в | | | |зависимости от медицинских показаний и при отсутствии | | |
 | |медицинских противопоказаний) | | |---|-----|-----|

3.6.3 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром
 коронарном синдроме (коды по МКБ - 10: I20.0; I21-I24) ---|-----
 -----|-----| № | Критерии качества | Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----
 -----|-----| 1. |Выполнен осмотр врачом-кардиологом не позднее 5 минут от | Да/Нет | | |момента
 поступления в стационар | | |---|-----|-----| 2. |Выполнено
 электрокардиографическое исследование не позднее 10 | Да/Нет | | |минут от момента поступления в
 стационар | | |---|-----|-----| 3. |Выполнено определение
 уровня тропонинов I, T в крови и/или | Да/Нет | | |определение уровня и активности креатинкиназы в
 крови | | |---|-----|-----| 5. |Проведена (при остром
 коронарном синдроме с подъемом сегмента | Да/Нет | | |ST электрокардиограммы) терапия
 фибринолитическими | | | |лекарственными препаратами не позднее 30 минут от момента | | |
 |поступления в стационар (в случае, если терапия | | | |фибринолитическими лекарственными
 препаратами не проведена на | | | |догоспитальном этапе) или выполнено первичное чрескожное | | |
 |коронарное вмешательство не позднее 1 часа от момента | | | |поступления в стационар (в
 зависимости от медицинских | | | |показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | | |---
 |-----|-----| 6. |Проведена терапия ингибиторами агрегации
 тромбоцитов | Да/Нет | | |---|-----|-----| 7. |Проведена терапия
 ацетилсалициловой кислотой | Да/Нет | | |---|-----|-----| 8.

|Проведена терапия гиполипидемическими препаратами | Да/Нет | |----|-----
 -----|-----| | 9. |Выполнено электрокардиографическое исследование до начала | Да/Нет | |
 |тромболитической терапии и через 1 час после окончания (в | | |случае проведения
 тромболитической терапии) | | |----|-----|-----| | 10.|Выполнено
 электрокардиографическое исследование до начала | Да/Нет | | |чрескожного коронарного
 вмешательства и через 30 минут после | | |его окончания (при чрескожном коронарном
 вмешательстве) | | |----|-----|-----|

3.6.4 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезнях,
 характеризующихся повышенным кровяным давлением (коды по МКБ - 10: I10-I13; I15) |----|-----
 -----|-----| | № | Критерии качества | Оценка | |п/п | |выполнения| |----|-----
 -----|-----| | 1. |Выполнен осмотр врачом-терапевтом или врачом-
 кардиологом не | Да/Нет | | |позднее 10 минут от момента поступления в стационар (при | | |
 |гипертоническом кризе) | | |----|-----|-----| | 2. |Выполнено
 электрокардиографическое исследование не позднее 15| Да/Нет | | |минут от момента поступления в
 стационар (при гипертоническом| | |кризе) | | |----|-----|-----| |
 3. |Проведена терапия антигипертензивными лекарственными| Да/Нет | | |препаратами внутривенно
 не позднее 15 минут от момента| | |поступления в стационар (при гипертоническом кризе и при| | |
 |отсутствии медицинских противопоказаний) | | |----|-----|-----| |
 | 4. |Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет | |----|-----
 -----|-----| | 5. |Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический| Да/Нет |
 | |(креатинин, глюкоза, калий, натрий) | | |----|-----|-----| | 6.
 |Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена| Да/Нет | | |биохимический | | |----|---
 -----|-----| | 7. |Выполнен общий (клинический) анализ мочи |
 Да/Нет | |----|-----|-----| | 8. |Выполнено исследование функции
 нефронов по клиренсу креатинина| Да/Нет | |----|-----|-----| | 9.
 |Выполнено суточное мониторирование артериального давления | Да/Нет | |----|-----
 -----|-----| |10. |Выполнена эхокардиография | Да/Нет | |----|-----
 -----|-----| |11. |Выполнено ультразвуковое исследование почек и надпочечников |
 Да/Нет | |----|-----|-----| |12. |Выполнена консультация врача-
 офтальмолога | Да/Нет | |----|-----|-----| |13. |Проведена
 антигипертензивная терапия ингибиторами| Да/Нет | | |ангиотензинпревращающего фермента и/или
 антагонистами| | | |рецепторов ангиотензина II и/или блокаторами кальциевых| | |каналов и/или
 бета-адреноблокаторами и/или диуретиками (в| | |режиме монотерапии пациентам низкого и
 среднего| | | |стратификационного риска или в режиме комбинированной терапии| | |пациентам
 среднего, высокого и очень высокого| | | |стратификационного риска, в зависимости от медицинских|
 | | |показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | | |----|-----
 -----|-----| |14. |Достигнуто снижение артериального давления на 25% | Да/Нет | | |от
 исходных значений не позднее 2 часов от момента поступления| | | |в стационар (при
 гипертоническом кризе) | | |----|-----|-----| |15. |Достигнут
 целевой уровень артериального давления или снижение| Да/Нет | | |артериального давления на от
 25% до 30% от исходных значений| | | |при артериальной гипертонии III стадии на момент выписки
 из| | |стационара | | |----|-----|-----|

3.7 Критерии качества при болезнях органов дыхания

3.7.1 Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при остром эпиглоттите
 (коды по МКБ - 10: J05.1) |---|-----|-----| | № | Критерии качества
 | Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----|-----| | 1.|Выполнен
 осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не | Да/Нет | | |позднее 30 минут от момента
 поступления в стационар | | |---|-----|-----| | 2.|Выполнен осмотр

врачом-педиатром или | Да/Нет | | |врачом-оториноларинголом не позднее 30 минут от момента | | |
 |поступления в стационар | | |---|-----|-----| | 3.|Выполнен общий
 (клинический) анализ крови развернутый не | Да/Нет | | |позднее 3 часов от момента поступления в
 стационар | | |---|-----|-----| | 4.|Выполнена пульсоксиметрия не
 позднее 10 минут от момента | Да/Нет | | |поступления в стационар | | |---|-----|
 -----|-----| | 5.|Выполнено парентеральное введение антибактериального | Да/Нет | |
 |лекарственного препарата не позднее 1 часа от момента | | |поступления в стационар | | |---|-----|
 -----|-----| | 6.|Выполнена интубация трахеи (при наличии
 медицинских | Да/Нет | | |показаний) | | |---|-----|-----| |
 7.|Выполнено ингаляционное введение кислорода до достижения | Да/Нет | | |сатурации 92% и более
 (при сатурации менее 92%) | | |---|-----|-----|

3.7.2 Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при остром тонзиллите
 (коды по МКБ - 10: J03.0; J03.8-J03.9) |---|-----|-----| | № |
 Критерии качества | Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----|-----|
 |1. |Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет | |---|-----|
 -----|-----| |2. |Выполнено бактериологическое исследование слизи с миндалин и| Да/Нет
 | | |задней стенки глотки с определением чувствительности | | | |возбудителя к антибиотикам и
 другим лекарственным препаратам| | | |или экспресс-тест на бета-гемолитический стрептококк | | |
 |группы А | | |---|-----|-----| |3. |Выполнена антибактериальная
 терапия лекарственными | Да/Нет | | |препаратами группы пенициллины (при выявлении | | | |бета-
 гемолитического стрептококка группы А и при отсутствии | | | |медицинских противопоказаний) | | |---|
 -----|-----| |4. |Выполнена антибактериальная терапия
 лекарственными | Да/Нет | | |препаратами группы макролиды или группы цефалоспорины I-II | | |
 |поколения или клиндамицином (при выявлении | | | |бета-гемолитического стрептококка группы А и
 наличии | | | |противопоказаний к лекарственным препаратам группы | | | |пенициллинов) | | |---|-----|
 -----|-----|

3.7.3 Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при остром обструктивном
 ларингите [крупе] (коды по МКБ - 10: J05.0) |---|-----|-----| | № |
 Критерии качества | Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----|-----|
 |1.|Выполнен осмотр врачом-педиатром или врачом-оториноларинголом | Да/Нет | | |или врачом-
 анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут | | | |от момента поступления в стационар | | |---|
 -----|-----| |2.|Выполнена терапия лекарственными
 препаратами группы | Да/Нет | | |ингаляционные глюкокортикостероиды или группы системные | | |
 |глюкокортикостероиды не позднее 30 минут от момента установления| | | |диагноза (в зависимости от
 медицинских показаний и при | | | |отсутствии медицинских противопоказаний) | | |---|-----|
 -----|-----| |3.|Выполнена пульсоксиметрия не позднее 10 минут от момента |
 Да/Нет | | |поступления в стационар | | |---|-----|-----| |
 4.|Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не | Да/Нет | | |позднее 3 часов после
 поступления в стационар | | |---|-----|-----| | 5.|Выполнено
 ингаляционное введение кислорода до достижения | | | |сатурации 92% и более (при сатурации
 менее 92%) | | |---|-----|-----|

3.7.4 Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при остром бронхолите
 (коды по МКБ - 10: J21) |---|-----|-----| | № | Критерии качества |
 Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----|-----| |1. |Выполнен
 осмотр врачом-педиатром или врачом- | Да/Нет | | |анестезиологом-реаниматологом не позднее 30
 минут от момента | | | |поступления в стационар | | |---|-----|-----|
 ---| |2. |Выполнена пульсоксиметрия не позднее 10 минут от момента | Да/Нет | | |поступления в
 стационар | | |---|-----|-----| |3. |Выполнена контрольная

пульсоксиметрия не реже 2 раз в 24 часа | Да/Нет | | или мониторингирование жизненно важных функций (артериального | | | давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, | | | диуреза) | | |-----|-----| 4. |Выполнено ингаляционное введение кислорода до достижения | Да/Нет | | сатурации 92% и более (при сатурации менее 92%) | | | |-----|-----| 5. |Выполнена искусственная вентиляция легких (при сатурации менее | Да/Нет | | 86% на фоне ингаляционного введения кислорода) | | |-----|-----| 6. |Не выполнена терапия лекарственными препаратами группы | Да/Нет | | ингаляционные глюкокортикостероиды (при отсутствии | | | бронхолегочной дисплазии) | | |-----|-----|

3.7.5 Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при остром бронхите (коды по МКБ - 10: J20) |-----|-----| № | Критерии качества |

Оценка | п/п | выполнения |-----|-----| 1. |Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет | |-----|-----|

2. |Выполнен исследование уровня С-реактивного белка в крови (при | Да/Нет | | повышении температуры тела выше 38,0 С) | | |-----|-----| 3. |Выполнена рентгенография органов грудной клетки (при наличии | Да/Нет | | лабораторных маркеров бактериальной инфекции) | | |-----|-----| 4. |Выполнено лечение лекарственными препаратами группы | Да/Нет | | короткодействующие селективные бета -адреномиметики | | | 2 | | ингаляторно или комбинацией лекарственных препаратов группы | | | селективные бета2-адреномиметики и группы холинолитики (при | | | наличии синдрома бронхиальной обструкции, в зависимости от | | | медицинских показаний и при отсутствии медицинских | | | противопоказаний) | | |-----|-----|

-----|-----| 4. |Проведена элиминационная терапия (промывание полости носа | Да/Нет | | физиологическим раствором или стерильным раствором морской | | | воды) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | | |-----|-----|-----|-----|
 -----| 5. |Выполнено лечение местными деконгестантами | Да/Нет | | |(сосудосуживающие капли в нос) коротким курсом от 48 до 72 | | | часов (при отсутствии медицинских противопоказаний) | | |-----|-----|-----|-----|

3.7.8 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при перитонзиллярном абсцессе (коды по МКБ - 10: J36) |---|-----|-----|
 ---| | № | Критерий качества | Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----|-----|
 -|-----| | 1.|Выполнен осмотр врачом-оториноларингологом не позднее 1 часа | Да/Нет | | |от момента поступления в стационар | | |---|-----|-----|-----| |
 2.|Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не | Да/Нет | | |позднее 3 часов от момента поступления в стационар | | |---|-----|-----|-----| |
 3.|Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 3 часов от | Да/Нет | | |момента установления диагноза | | |---|-----|-----|-----| | 4.|Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из | Да/Нет | | |полости абсцесса с определением чувствительности возбудителя к | | | антибактериальным препаратам | | |---|-----|-----|-----|
 -----|-----| | 5.|Проведена терапия антибактериальными лекарственными | Да/Нет | | |препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний) | | |---|-----|-----|-----|
 -----|-----| | 6.|Отсутствие гнойно-септических осложнений в период | Да/Нет | | |госпитализации | | |---|-----|-----|-----|

3.8 Критерии качества при заболеваниях органов пищеварения, в том числе болезней полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования)

3.8.1 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при анальной трещине (коды по МКБ - 10: K60.0-K60.2) |---|-----|-----| | № | Критерии качества | Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----|-----|-----| | 1. |Выполнено трансректальное пальцевое исследование | Да/Нет | | |---|-----|-----|-----|
 -----|-----| | 2. |Выполнена ректороманоскопия или аноскопия или колоноскопия | Да/Нет | | |---|-----|-----|-----|
 -----|-----| | 3. |Выполнена профилометрия или сфинктерометрия | Да/Нет | | |---|-----|-----|-----| | 4. |Проведена консервативная терапия в сочетании с медикаментозной | Да/Нет | | |релаксацией внутреннего сфинктера прямой кишки и/или | | | хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских | | | показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | | |---|-----|-----|-----|
 | 5. |Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование | Да/Нет | | |препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве) | | |---|-----|-----|-----| | 6. |Достигнута самостоятельная дефекация на момент выписки из | Да/Нет | | |стационара | | |---|-----|-----|-----|
 -----|-----| | 7. |Отсутствие гнойно-септических осложнений в период | Да/Нет | | |госпитализации | | |---|-----|-----|-----| | 8. |Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период | Да/Нет | | |госпитализации | | |---|-----|-----|-----|
 -----|-----| | 9. |Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период | Да/Нет | | |госпитализации | | |---|-----|-----|-----|

3.8.2 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при геморрое или перианальном венозном тромбозе (коды по МКБ - 10: K64) |---|-----|-----|
 ---|-----| | № | Критерии качества | Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----|-----|-----|
 -----|-----| | 1.|Выполнено трансректальное пальцевое исследование | Да/Нет | | |---|-----|-----|-----|
 -----|-----| | 2.|Выполнена ректороманоскопия или аноскопия | Да/Нет | | |---|-----|-----|-----|
 -----|-----| | 3.|Проведена консервативная терапия и/или малоинвазивное | Да/Нет | | |хирургическое вмешательство и/или хирургическое вмешательство | | |

|(в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии | | | медицинских противопоказаний) | |
 |---|-----|-----| | 4. |Выполнено морфологическое
 (гистологическое) исследование | Да/Нет | | |препарата иссеченной ткани (при хирургическом
 вмешательстве) | | |---|-----|-----| | 5. |Достигнута
 самостоятельная дефекация на момент выписки из | Да/Нет | | |стационара | | |---|-----|
 -----|-----| | 6. |Отсутствие гнойно-септических осложнений в период | Да/Нет | |
 |госпитализации | | |---|-----|-----| | 7. |Отсутствие повторных
 хирургических вмешательств в период | Да/Нет | | |госпитализации | | |---|-----|
 -----|-----| | 8. |Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период | Да/Нет | |
 |госпитализации | | |---|-----|-----|

3.8.3 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при остром
 аппендиците (коды по МКБ - 10: K35) |---|-----|-----| | № |
 Критерии качества | Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----|-----|
 |1. |Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента | Да/Нет | | |поступления в
 стационар | | |---|-----|-----| |2. |Выполнен общий
 (клинический) анализ крови развернутый не | Да/Нет | | |позднее 1 часа от момента поступления в
 стационар | | |---|-----|-----| |3. |Проведена профилактика
 инфекционных осложнений | Да/Нет | | |антибактериальными лекарственными препаратами за 30
 минут до | | |хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских | | |противопоказаний) |
 | |---|-----|-----| |4. |Выполнено хирургическое вмешательство
 не позднее 2 часов от | Да/Нет | | |момента установления диагноза | | |---|-----|
 -----|-----| |5. |Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование | Да/Нет | |
 |препарата удаленного органа (ткани) | | |---|-----|-----| |6.
 |Выполнено бактериологическое исследование экссудата из брюшной | Да/Нет | | |полости с
 определением чувствительности возбудителя к | | |антибиотикам и другим лекарственным
 препаратам | | |---|-----|-----| |7. |Отсутствие повторных
 хирургических вмешательств в период | Да/Нет | | |госпитализации | | |---|-----|
 -----|-----| |8. |Отсутствие гнойно-септических осложнений в период | | |госпитализации |
 | |---|-----|-----| |9. |Отсутствие тромбоэмболических
 осложнений в период | Да/Нет | | |госпитализации | | |---|-----|-----|
 ----|

3.8.4 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром
 панкреатите (коды по МКБ - 10: K85) |---|-----|-----| | № |
 Критерии качества | Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----|-----|
 |1. |Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента | Да/Нет | | |поступления в
 стационар | | |---|-----|-----| |2. |Выполнен общий
 (клинический) анализ крови развернутый не | Да/Нет | | |позднее 1 часа от момента поступления в
 стационар | | |---|-----|-----| |3. |Выполнено исследование
 уровня амилазы в крови и в моче не | Да/Нет | | |позднее 1 часа от момента поступления в стационар
 | | |---|-----|-----| |4. |Выполнен анализ крови биохимический
 общетерапевтический | Да/Нет | | |(билирубин, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза, | | |
 |аспартатаминотрансфераза, мочевины, амилаза, глюкоза, калий) | | |не позднее 24 часов от
 момента поступления в стационар | | |---|-----|-----| |5.
 |Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет | | |и/или лапароскопия
 и/или компьютерная томография органов | | |брюшной полости не позднее 24 часов после
 поступления в | | |стационар | | |---|-----|-----| |6. |Выполнено
 лечение лекарственным препаратом группы | Да/Нет | | |соматостатины не позднее 1 часа от
 момента установления | | |диагноза | | |---|-----|-----| |7.

Начато проведение интенсивной консервативной консервативной	Да/Нет		терапии не позднее 2 часов от момента поступления в стационар			(при отсутствии медицинских противопоказаний)									
---	-----	-----	8.	Выполнено бактериологическое исследование выпота из брюшной	Да/Нет		полости с определением чувствительности возбудителя к			антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при			хирургическом вмешательстве)		
---	-----	-----	9.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными	Да/Нет		препаратами в послеоперационном периоде (при хирургическом			вмешательстве и при отсутствии медицинских противопоказаний)					
---	-----	-----	10.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период	Да/Нет		госпитализации								

3.8.5 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при ущемленной грыже (коды по МКБ - 10: K40-K46) |---|-----|-----|
№	Критерии качества	Оценка		п/п		выполнения		---	-----	-----					
---	-----	-----	1.	Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента	Да/Нет		поступления в стационар								
---	-----	-----	2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не	Да/Нет		позднее 1 часа от момента поступления в стационар								
---	-----	-----	3.	Проведена профилактика инфекционных осложнений	Да/Нет		антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до			хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских			противопоказаний)		
---	-----	-----	4.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 2 часов от	Да/Нет		момента установления диагноза								
---	-----	-----	5.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование	Да/Нет		препарата удаленного органа (ткани)								
---	-----	-----	6.	Выполнено бактериологическое исследование выпота из грыжевого	Да/Нет		мешка с определением чувствительности возбудителя к			антибиотикам и другим лекарственным препаратам					
---	-----	-----	7.	Отсутствие повторных хирургического хирургических вмешательств	Да/Нет		в период госпитализации								
---	-----	-----	8.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период	Да/Нет		госпитализации								
---	-----	-----	9.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период	Да/Нет		госпитализации								

3.8.6 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при острой неопухоловой кишечной непроходимости (коды по МКБ - 10: K56.0; K56.2-K56.3) |---|-----|-----|
---	-----	-----	№	Критерии качества	Оценка		п/п		выполнения		---	-----	-----		
---	-----	-----	1.	Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента	Да/Нет		поступления в стационар								
---	-----	-----	2.	Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости не	Да/Нет		позднее 2 часов от момента поступления в стационар								
---	-----	-----	3.	Выполнена назогастральная декомпрессия не позднее 1 часа от	Да/Нет		момента установления диагноза								
---	-----	-----	4.	Проведена профилактика инфекционных осложнений	Да/Нет		антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до			хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве			и при отсутствии медицинских противопоказаний)		
---	-----	-----	5.	Начато проведение инфузионной терапии не позднее 2 часов от	Да/Нет		момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских			противопоказаний)					
---	-----	-----	6.	Выполнено хирургическое вмешательство (при отсутствии эффекта	Да/Нет		в течение 6 часов от момента начала консервативной терапии)								
---	-----	-----	7.	Выполнено морфологическое (гистологическое)											

исследование | Да/Нет | | |препарата удаленного органа (ткани) (при хирургическом | | |
|вмешательстве) | | |---|-----|-----| 8. |Выполнено
бактериологическое исследование выпота из брюшной | Да/Нет | | |полости с определением
чувствительности возбудителя к | | | |антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при | | |
|хирургическом вмешательстве) | | |---|-----|-----| 9.
|Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период | Да/Нет | | |госпитализации (при
хирургическом вмешательстве) | | |---|-----|-----|
|10.|Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период | Да/Нет | | |госпитализации | | |---|-----|
-----|-----| |11.|Отсутствие гнойно-септических осложнений в период |
Да/Нет | | |госпитализации | | |---|-----|-----|

3.8.7 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при язвенных
гастродуоденальных и гастроеюнальных кровотечениях (коды по МКБ - 10: K25.0; K25.4; K26.0;
K26.4; K27.0; K27.4) |---|-----|-----| | № | Критерии качества |
Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----|-----| | 1.|Выполнен
осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента | Да/Нет | | |поступления в стационар | | |---|----
-----|-----| | 2.|Выполнена эзофагогастродуоденоскопия не
позднее 1,5 часов от | Да/Нет | | |момента поступления в стационар | | |---|-----|
-----|-----| | 3.|Выполнен эндоскопический гемостаз не позднее 2 часов от | Да/Нет | |
|момента поступления в стационар | | |---|-----|-----| |
4.|Выполнена оценка риска рецидива кровотечения по Форесту | Да/Нет | |---|-----|
-----|-----| | 5.|Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 12 часов от |
Да/Нет | | |момента поступления в стационар (при неэффективности | | | |эндоскопического
гемостаза) | | |---|-----|-----| | 6.|Выполнено внутривенное
болюсное введение ингибиторов протонной | Да/Нет | | |помпы с последующей непрерывной
инфузией на протяжении не | | | |менее 72 часов от момента выполнения эндоскопического | | |
|гемостаза (при отсутствии медицинских противопоказаний и при | | | |высоком риске рецидива
кровотечения и/или при наличии | | | |медицинских противопоказаний к хирургическому
вмешательству) | | |---|-----|-----| | 7.|Проведена инфузионно-
трансфузионная терапия (при отсутствии | Да/Нет | | |медицинских противопоказаний) | | |---|-----
-----|-----|

3.8.8 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при прободной язве
(коды по МКБ - 10: K25.1-K25.2; K25.5-K25.6; K26.1-K26.2; K26.5-K26.6; K27.1-K27.2; K27.5-K27.6) |---|----
-----|-----| | № | Критерии качества | Оценка | |п/п| |выполнения|
|---|-----|-----| | 1. |Выполнен осмотр врачом-хирургом не
позднее 1 часа от момента | Да/Нет | | |поступления в стационар | | |---|-----|
-----|-----| | 2. |Выполнена обзорная рентгенография или компьютерная томография | Да/Нет
| | |органов брюшной полости не позднее 1,5 часов от момента | | | |поступления в стационар | | |---|----
-----|-----| | 3. |Проведена постоянная назогастральная
аспирация желудочного | Да/Нет | | |содержимого (при невозможности выполнения оперативного | | |
|вмешательства) | | |---|-----|-----| | 4. |Проведена
профилактика инфекционных осложнений | Да/Нет | | |антибактериальными лекарственными
препаратами за 30 минут до | | | |хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских | | |
|противопоказаний) | | |---|-----|-----| | 5. |Выполнено
хирургическое вмешательство не позднее 2 часов от | Да/Нет | | |момента поступления в стационар |
| |---|-----|-----| | 6. |Выполнено бактериологическое
исследование выпота из брюшной | | | |полости с определением чувствительности возбудителя к | | |
|антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при | | | |хирургическом вмешательстве) | | |---|---
-----|-----| | 7. |Отсутствие повторных хирургических

вмешательств в период | Да/Нет | | |госпитализации | | |---|-----|

-----| 8. |Отсутствие гнойно-септических осложнений в период | Да/Нет | | |госпитализации | | |---|-----|

-----|-----| 9. |Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период | | |госпитализации | | |---|-----|-----|

3.8.9 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром холецистите (коды по МКБ - 10: K81.0) |---|-----|-----| | № |

Критерии качества | Оценка | |п/п | |выполнения| |---|-----|-----|

-| | 1. |Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента | Да/Нет | | |поступления в стационар | | |---|-----|-----| 2. |Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический | Да/Нет | | |(билирубин, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза, | | |аспартатаминотрансфераза, амилаза, мочевины, глюкозы) | | |---|-----|-----|

-----| 3. |Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет | | |(комплексное) не позднее 2 часов от момента поступления в | | |стационар | | |---|-----|-----| 4. |Начато проведение консервативной терапии не позднее 2 часов от | Да/Нет | | |момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских | | |противопоказаний) | | |---|-----|-----|

-----| 5. |Выполнено хирургическое вмешательство (при отсутствии эффекта | Да/Нет | | |от консервативной терапии на протяжении 24 часов от момента | | |поступления в стационар) | | |---|-----|-----|

-----| 6. |Выполнена интраоперационная холангиография во время | Да/Нет | | |хирургического вмешательства (при диаметре общего желчного | | |протока свыше 10 мм) | | |---|-----|-----| 7. |Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование | Да/Нет | | |препарата желчного пузыря (при хирургическом вмешательстве) | | |---|-----|-----| 8. |Выполнено бактериологическое исследование экссудата из брюшной | Да/Нет | | |полости с определением чувствительности возбудителя к | | |антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при | | |хирургическом вмешательстве) | | |---|-----|-----|

-----| 9. |Выполнена холецистостомия (при наличии медицинских | Да/Нет | | |противопоказаний к хирургическому вмешательству) | | |---|-----|-----|

10. |Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период | Да/Нет | | |госпитализации (при хирургическом вмешательстве) | | |---|-----|-----|

11. |Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период | Да/Нет | | |госпитализации | | |---|-----|-----|

-----| 12. |Отсутствие гнойно-септических осложнений в период | Да/Нет | | |госпитализации | | |---|-----|-----|

3.8.10 Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при инвагинации (коды по МКБ - 10: K56.1) |---|-----|-----| | № |

Критерии качества | Оценка | |п/п | |выполнения| |---|-----|-----| 1. |Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента | Да/Нет | | |поступления в стационар | | |---|-----|-----|

-----| 2. |Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не | Да/Нет | | |позднее 1 часа от момента поступления в стационар | | |---|-----|-----|

-----| 3. |Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет | | |(комплексное) и/или рентгенография брюшной полости не позднее | | |1 часа от момента поступления в стационар | | |---|-----|-----|

4. |Выполнена консервативная дезинвагинация не позднее 1 часа от | Да/Нет | | |момента установления диагноза | | |---|-----|-----| 5. |Проведена профилактика инфекционных осложнений | | |антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до | | |хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских | | |противопоказаний) | | |---|-----|-----| 6. |Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 1 часа после | Да/Нет | | |завершения консервативной

материала желудка на наличие | Да/Нет | | |геликобактер пилори (Helicobacter pylori) | | |---|-----
 -----|-----| | 5.|Проведена эрадикационная терапия (при выявлении
 геликобактер | Да/Нет | | |пилори (Helicobacter pylori)) | | |---|-----
 |-----| | 6.|Выполнено лечение лекарственными препаратами группы ингибиторы| Да/Нет | |
 |протонного насоса или лекарственными препаратами группы | | | |H2-гистаминовые блокаторы (при
 отсутствии геликобактер пилори | | | |(Helicobacter pylori) и при отсутствии медицинских | | |
 |противопоказаний) | | |---|-----|-----|

3.9 Критерии качества при болезнях кожи и подкожной клетчатки

3.9.1 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при острых гнойно-
 воспалительных заболеваниях мягких тканей челюстно-лицевой области (коды по МКБ - 10: L02.0;
 L03.2) |---|-----|-----| | № | Критерии качества | Оценка | |п/п|
 |выполнения| |---|-----|-----| | 1. |Выполнен общий
 (клинический) анализ крови развернутый не | Да/Нет | | |позднее 3 часов от момента поступления в
 стационар | | |---|-----|-----| | 2. |Выполнено вскрытие и
 дренирование гнойно-воспалительного очага| Да/Нет | | |не позднее 3 часов от момента
 установления диагноза | | |---|-----|-----| | 3. |Выполнено
 бактериологическое исследование | Да/Нет | | |отделяемого из гнойно-воспалительного очага с
 определением | | | |чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим | | | |лекарственным
 препаратам | | |---|-----|-----| | 4. |Проведена терапия
 антибактериальными лекарственными | Да/Нет | | |препаратами в послеоперационном периоде (при
 отсутствии | | | |медицинских противопоказаний) | | |---|-----|-----|
 ---| | 5. |Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период | Да/Нет | | |госпитализации | | |---|-----
 -----|-----| | 6. |Отсутствие септических осложнений в период
 госпитализации | Да/Нет | | |---|-----|-----|

3.10 Критерии качества при болезнях мочеполовой системы

3.10.1 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при почечной колике
 (коды по МКБ - 10: N23) |---|-----|-----| | № | Критерии качества
 | Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----|-----| | 1.|Выполнен
 осмотр врачом-урологом не позднее 1 часа от момента | Да/Нет | | |поступления в стационар | | |---|-----
 -----|-----| | 2.|Выполнено ультразвуковое исследование почек и
 мочевыводящих | Да/Нет | | |путей и обзорная урография (рентгенография мочевыделительной | | |
 |системы) и/или внутривенная урография и/или компьютерная | | | |томография почек и
 мочевыводящих путей с контрастированием не | | | |позднее 2 часов от момента поступления в
 стационар | | |---|-----|-----| | 3.|Выполнено введение
 лекарственных препаратов группы | Да/Нет | | |нестероидные противовоспалительные средства или
 лекарственных | | | |препаратов группы наркотические анальгетики не позднее 1 часа | | | |от
 момента установления диагноза (в зависимости от медицинских| | | |показаний и при отсутствии
 медицинских противопоказаний) | | |---|-----|-----| |
 4.|Выполнено дренирование верхних мочевыводящих путей (при | Да/Нет | | |отсутствии эффекта от
 медикаментозной терапии в течение 6 | | | |часов) | | |---|-----|-----|
 ----| | 5.|Выполнена контрольная обзорная урография (рентгенография | Да/Нет | |
 |мочевыделительной системы) (при проведении дренирования | | | |верхних мочевыводящих путей) | | |
 |---|-----|-----| | 6.|Отсутствие острого обструктивного
 пиелонефрита в период | Да/Нет | | |госпитализации | | |---|-----|-----|
 -----|

3.10.2 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при остром
 почечном повреждении (коды по МКБ - 10: N17.0-N17.2; N17.8-N17.9) |---|-----
 -----|-----| | № | Критерии качества | Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----

-----|-----| 1. |Выполнен осмотр врачом-нефрологом и/или | Да/Нет | | |врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 1 часа от | | |момента поступления в стационар | | |-----|-----| 2. |Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не | Да/Нет | | |позднее 1 часа от момента поступления в стационар | | |-----|-----| 3. |Выполнен анализ мочи общий не позднее 1 часа от момента | Да/Нет | | |поступления в стационар (при наличии диуреза) | | |-----|-----| 4. |Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический | Да/Нет | | |(исследование уровня креатинина, мочевины, калия, натрия в | | |крови, исследование концентрации водородных ионов (pH) крови, | | |исследование уровня лактата в крови) не позднее 1 часа от | | |момента поступления в стационар | | |-----|-----| 5. |Выполнен биохимический анализ мочи с определением | Да/Нет | | |осмолярности, осмотического концентрационного индекса | | | |(отношения осмолярности мочи к осмолярности плазмы крови), | | |концентрационного индекса креатинина (отношения креатинина | | |мочи к креатинину плазмы крови), относительной плотности мочи, | | |концентрации в моче натрия, фракционной экскреции натрия | | |-----|-----| 6. |Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих | Да/Нет | | |путей не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | | |-----|-----| 7. |Выполнено определение нейтрофильного | Да/Нет | | |желатиназо-ассоциированного липокалина в крови и моче | | |-----|-----| 8. |Выполнена ультразвуковая доплерография сосудов почек не | Да/Нет | | |позднее 1 часа от момента поступления в стационар | | |-----|-----| 9. |Выполнена биоимпедансметрия и/или измерение центрального | Да/Нет | | |венозного давления и/или прицельная рентгенография органов | | |грудной клетки | | |-----|-----| 10. |Выполнена консультация врача-уролога (врача-детского | Да/Нет | | |уролога-андролога) не позднее 1 часа от момента установления | | |диагноза (при постренальной форме острого почечного | | |повреждения) | | |-----|-----| 11. |Выполнено определение объема мочи в течение 12 | Да/Нет | | |часов от момента поступления в стационар | | |-----|-----| 12. |Выполнена оценка темпа диуреза за 6 часов | Да/Нет | | |-----|-----| 13. |Достигнуто восстановление пассажа мочи не позднее 12 часов от | Да/Нет | | |момента поступления в стационар (при постренальной форме | | |острого почечного повреждения) | | |-----|-----| 14. |Выполнено контрольное исследование уровня креатинина в крови | Да/Нет | | |не позднее 24 часов от первого исследования | | |-----|-----| 15. |Выполнена интермитирующая или продолженная или продленная | Да/Нет | | |терапия методами диализа (при наличии медицинских показаний) | | |-----|-----| 16. |Достигнута доза Kt/V 3,9 в неделю (при интермитирующей или | Да/Нет | | |продолженной терапии методами диализа) | | |-----|-----| 17. |Достигнут объем энфлюэнта не менее 20 мл/кг/час за процедуру | Да/Нет | | |(при продленной терапии методами диализа) | | |-----|-----|

3.10.3 Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при мочекаменной болезни (коды по МКБ - 10: N20-N22) ---|-----|-----| № |

Критерии качества | Оценка | |п/п| |выполнения| ---|-----|-----|

| 1. |Выполнена консультация врача-детского уролога-андролога или | Да/Нет | | |врача-уролога | | |-----|-----| 2. |Выполнен анализ мочи общий не позднее 24 часов от момента | Да/Нет | | |поступления в стационар | | |-----|-----| 3. |Выполнено исследование уровня экскреции солей в моче не | Да/Нет | | |позднее 72 часов от момента поступления в стационар | | |-----|-----| 4. |Выполнено бактериологическое исследование мочи с определением | Да/Нет | | |чувствительности

возбудителя к антибиотикам и другим | | | лекарственным препаратам (при наличии лейкоцитурии и/или | | | гематурии) | | |---|-----|-----| | 5. |Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический | Да/Нет | | |(креатинин, мочева кислота, ионизированный кальций, натрий, | | | калий, магний) | | |---|-----|-----| | 6. |Выполнено исследование уровня паратиреоидного гормона в крови | Да/Нет | | |(при выявлении гиперкальциурии) | | |---|-----|-----| | 7. |Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих | Да/Нет | | |путей не позднее 24 часов от момента поступления в стационар | | |---|-----|-----| | 8. |Выполнена обзорная урография (рентгенография | Да/Нет | | |мочевыделительной системы) и/или внутривенная урография и/или | | | компьютерная томография почек и мочевыводящих путей с | | | контрастированием | | |---|-----|-----|

3.10.4 Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при рецидивирующей и устойчивой гематурии (коды по МКБ - 10: N02) |---|-----|-----| | № | Критерии качества | Оценка | |п/п | |выполнения| |---|-----|-----| | 1. |Выполнена консультация врача-нефролога | Да/Нет | |---|-----|-----| | 2. |Выполнен анализ мочи общий | Да/Нет | |---|-----|-----| | 3. |Выполнено микроскопическое исследование осадка мочи | Да/Нет | | |(исследование морфологии эритроцитов в моче с определением | | | процента дисморфных форм) | | |---|-----|-----| | 4. |Выполнено исследование уровня экскреции солей в моче | Да/Нет | |---|-----|-----| | 5. |Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет | |---|-----|-----| | 6. |Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический | Да/Нет | | |(креатинин, мочевиная, мочева кислота, общий белок) | | |---|-----|-----| | 7. |Выполнено определение антистрептолизина-О в сыворотке крови | Да/Нет | | |(при доле дисморфных эритроцитов более 50% в моче) | | |---|-----|-----| | 8. |Выполнено определение уровня С3 -компонента комплемента (при | Да/Нет | | |доле дисморфных эритроцитов более 50% в моче) | | |---|-----|-----| | 9. |Выполнено определение международного нормализованного | Да/Нет | | |отношения (при доле дисморфных эритроцитов более 50% в моче) | | |---|-----|-----| | 10. |Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих | Да/Нет | | |путей и/или обзорная урография (рентгенография | | | мочевыделительной системы) и/или компьютерная томография почек | | |и мочевыводящих путей с контрастированием | | |---|-----|-----|

3.10.5 Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при инфекции мочевыводящих путей (коды по МКБ - 10: N10-N11; N30; N39.0) |---|-----|-----| | № | Критерии качества | Оценка | |п/п | |выполнения| |---|-----|-----| | 1. |Выполнен анализ мочи общий не позднее 3 часов от момента | Да/Нет | | |поступления в стационар | | |---|-----|-----| | 2. |Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не | Да/Нет | | |позднее 24 часов от момента поступления в стационар | | |---|-----|-----| | 3. |Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический | Да/Нет | | |(креатинин, мочевиная) | | |---|-----|-----| | 4. |Выполнен исследование уровня С-реактивного белка в крови (при | Да/Нет | | |повышении температуры тела выше 38,0 С) | | |---|-----|-----| | 5. |Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих | Да/Нет | | |путей не позднее 24 часов от момента поступления в стационар | | |---|-----|-----| | 6. |Выполнено бактериологическое исследование мочи с определением | Да/Нет | | |чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим | | | лекарственным препаратам | | |---|-----|-----| | 7. |Выполнена терапия антибактериальными

лекарственными | Да/Нет | | |препаратами не позднее 3 часов от момента установления | | | |диагноза | | |---|-----|-----| |8. |Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый повторно| Да/Нет | | |не позднее 120 часов от момента начала терапии | | | |антибактериальными лекарственными препаратами (при | | | |пиелонефрите) | | |---|-----|-----| |-----| |9. |Выполнен анализ мочи общий повторно не позднее 120 часов от | Да/Нет | | |момента начала терапии антибактериальными лекарственными | | | |препаратами | | |---|-----|-----| |-----| |10. |Выполнено контрольное ультразвуковое исследование почек и | Да/Нет | | |мочевыводящих путей (при пиелонефрите) | | |---|-----|-----| |-----| |11. |Достигнута нормализация уровня лейкоцитов в моче на момент | Да/Нет | | |выписки из стационара | | |---|-----|-----| |-----|

3.11 Критерии качества при беременности, родах и послеродовом периоде

3.11.1 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при инфекции хирургической акушерской раны (коды по МКБ - 10: O86.0) |---|-----|-----| |-----| | № | Критерии качества | Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----|-----| |-----| |1. |Выполнена санация гнойного очага с удалением некротических | Да/Нет | | |тканей не позднее 6 часов от момента установления диагноза | | |---|-----|-----| |-----| |2. |Выполнен общий клинический анализ крови развернутый | Да/Нет | | |---|-----|-----| |-----| |3. |Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из | Да/Нет | | |хирургической раны с определением чувствительности возбудителя | | | |к антибиотикам и другим лекарственным препаратам | | |---|-----|-----| |-----| |4. |Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами| Да/Нет | | |(при отсутствии медицинских противопоказаний) | | |---|-----|-----| |-----|

3.11.2 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при акушерских кровотечениях в родах и в послеродовом периоде (коды по МКБ - 10: O67; O72) |---|-----|-----| |-----| | № | Критерии качества | Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----|-----| |-----| |1. |Вызван второй врач-акушер-гинеколог или вторая акушерка не | Да/Нет | | |позднее 10 минут от момента установления диагноза | | |---|-----|-----| |-----| |2. |Вызван врач-анестезиолог-реаниматолог не позднее 10 минут от | Да/Нет | | |момента установления диагноза | | |---|-----|-----| |-----| |3. |Выполнено ингаляционное введение кислорода не позднее 10 минут| Да/Нет | | |от момента установления диагноза | | |---|-----|-----| |-----| |4. |Выполнено введение уретнических лекарственных препаратов не | Да/Нет | | |позднее 10 минут от момента установления диагноза (при | | | |отсутствии медицинских противопоказаний) | | |---|-----|-----| |-----| |5. |Выполнено введение двух внутривенных катетеров не позднее 10 | Да/Нет | | |минут от момента установления диагноза | | |---|-----|-----| |-----| |6. |Выполнено мониторирование жизненно важных функций | Да/Нет | | |(артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения | | | |кислорода в крови, диуреза) не позднее 10 минут от момента | | | |установления диагноза | | |---|-----|-----| |-----| |7. |Выполнена катетеризация мочевого пузыря не позднее 10 минут от| Да/Нет | | |момента установления диагноза | | |---|-----|-----| |-----| |8. |Выполнен наружновнутренний массаж и компрессия матки не | Да/Нет | | |позднее 10 минут от момента установления диагноза | | |---|-----|-----| |-----| |9. |Выполнено удаление остатков плацентарной ткани и сгустков не | Да/Нет | | |позднее 10 минут от момента установления диагноза (при наличии | | | |остатков плацентарной ткани и сгустков) | | |---|-----|-----| |-----| |10. |Выполнено зашивание разрывов мягких родовых путей не позднее | Да/Нет | | |10 минут от момента установления диагноза (при наличии | | | |разрывов мягких родовых путей) | | |---|-----|-----| |-----|

11. |Выполнена тромбоэластограмма | | |---|-----|-----|

12. |Выполнена коррекция нарушений в системе гемостаза (при наличии | Да/Нет | | |нарушений в системе гемостаза) | | |---|-----|-----| 13. |Проведена инфузионно-трансфузионная терапия | Да/Нет | |---|-----|-----|

14. |Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 20 минут от | Да/Нет | | |момента установления диагноза при массивной кровопотере, | | | |превышающей 30% объема циркулирующей крови (при | | | |неэффективности консервативного лечения) | | |---|-----|-----|-----|-----|

15. |Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет | |---|-----|-----|-----|

16. |Выполнено определение основных групп крови и | Да/Нет | | |резус-принадлежности | | |---|-----|-----|

3.12 Критерии качества при симптомах, признаках и отклонениях от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках

3.12.1 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при задержке мочи (коды по МКБ - 10: R33) |---|-----|-----| | № | Критерии качества | Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----|-----|

1. |Выполнен осмотр врачом-урологом не позднее 1 часа от момента | Да/Нет | | |поступления в стационар | | |---|-----|-----|

2. |Выполнено ультразвуковое исследование мочевого пузыря не | Да/Нет | | |позднее 2 часов от момента поступления в стационар | | |---|-----|-----|

3. |Выполнена катетеризация мочевого пузыря уретральным катетером | Да/Нет | | |не позднее 1 часа от момента установления диагноза (при | | | |отсутствии медицинских противопоказаний) | | |---|-----|-----|

4. |Выполнена суправезикальная деривация мочи (цистостомия) не | Да/Нет | | |позднее 24 часов от момента поступления в стационар (при | | | |невозможности выполнить катетеризацию мочевого пузыря | | | |уретральным катетером или наличии медицинских | | | |противопоказаний) | | |---|-----|-----|

5. |Проведена терапия альфа-адреноблокаторами (при отсутствии | Да/Нет | | |медицинских противопоказаний) | | |---|-----|-----|

6. |Выполнено удаление уретрального катетера через 72 часа после | Да/Нет | | |назначения терапии альфа-адреноблокаторами катетера (в случае, | | | |если он был установлен) | | |---|-----|-----|

7. |Выполнена суправезикальная деривация мочи (цистостомия) (при | Да/Нет | | |отсутствии самостоятельного мочеиспускания после удаления | | | |уретрального катетера) | | |---|-----|-----|

3.13 Критерии качества при травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин

3.13.1 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при черепно-мозговой травме (коды по МКБ - 10: S02.0; S06; S07.1; S07.8) |---|-----|-----|

| № | Критерии качества | Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----|-----|

1. |Выполнен осмотр врачом-нейрохирургом и/или | Да/Нет | | |врачом-травматологом-ортопедом и/или | | | |врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 1 часа от | | | |момента поступления в стационар | | |---|-----|-----|

2. |Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале | Да/Нет | | |Глазго | | |---|-----|-----|

3. |Выполнена интубация трахеи и искусственная вентиляция легких | Да/Нет | | |(при оценке по шкале Глазго 9 баллов и ниже) | | |---|-----|-----|

4. |Выполнен нейромониторинг, мониторинг дыхания, кровообращения, | Да/Нет | | |оксигенации крови (при оценке Глазго 8 баллов и ниже) | | |---|-----|-----|

5. |Выполнена компьютерная томография головного мозга не позднее 3 | Да/Нет | | |часов от момента поступления в стационар | | |---|-----|-----|

6. |Выполнена контрольная компьютерная томография или | Да/Нет | | |магнитно-резонансная компьютерная томография (при | | | |хирургическом вмешательстве по поводу

внутричерепной гематомы) | | ---|-----|-----| | 7.|Отсутствие
пролежней в период госпитализации | Да/Нет | |---|-----|-----| |
8.|Отсутствие гнойно-септических осложнений в период | Да/Нет | | |госпитализации | | |---|-----
-----|-----|

3.13.3 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при ожогах глаз (коды по МКБ - 10: T26.0-T26.8) |---|-----|-----| № |

Критерии качества | Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----|-----|

| 1.|Выполнен осмотр врачом-офтальмологом не позднее 30 минут от | Да/Нет | | |момента поступления в стационар | | |---|-----|-----| | 2.|Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения | Да/Нет | |---|-----|-----|-----|-----| | 3.|Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет | |---|-----|-----|-----|-----| | 4.|Выполнена флюоресцеиновая проба | Да/Нет | |---|-----|-----|-----|-----| | 5.|Проведена терапия антибактериальными лекарственными | Да/Нет | | |препаратами и/или терапия нестероидными противовоспалительными| | | |лекарственными препаратами и/или кортикостероидными | | | |лекарственными препаратами и/или стимуляторами репарации и/или | | | |кератопротекторами (в зависимости от медицинских показаний и | | | |при отсутствии медицинских противопоказаний) | | |---|-----|-----|-----|-----| | 6.|Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 6 часов от | Да/Нет | | |момента поступления в стационар (при тяжелых и особо тяжелых | | | |ожогах) | | |---|-----|-----|-----|-----| | 7.|Достигнута эпителизация поверхности конъюнктивы и роговицы на | Да/Нет | | |момент выписки из стационара | | |---|-----|-----|-----|-----| | 8.|Достигнуто купирование ишемии сосудов конъюнктивы и лимба на | Да/Нет | | |момент выписки из стационара | | |---|-----|-----|-----|-----|

Критерии качества | Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----|-----|
 | 1. |Выполнен осмотр врачом-травматологом-ортопедом не позднее 1 | Да/Нет | | | часа от момента
 поступления в стационар | | |---|-----|-----| | 2. |Выполнена
 рентгенография не позднее 1 часа от момента | Да/Нет | | | поступления в стационар | | |---|-----|
 -----|-----| | 3. |Выполнено обезболивание не позднее 1 часа от момента |
 Да/Нет | | | поступления в стационар (при отсутствии медицинских | | |противопоказаний) | | |---|-----|
 -----|-----| | 4. |Выполнена компьютерная томография и/или
 магнитно-резонансная | Да/Нет | | | томография и/или ультразвуковое исследование (при | | |
 |внутрисуставных переломах) | | |---|-----|-----| | 5. |Выполнена
 стабилизация и/или репозиция и/или иммобилизация | Да/Нет | | | перелома и/или хирургическое
 вмешательство не позднее 3 часов | | | |с момента поступления в стационар (в зависимости от | | |
 |медицинских показаний) | | |---|-----|-----| | 6. |Достигнута
 стабилизация и/или репозиция перелома на момент | Да/Нет | | | выписки из стационара | | |---|-----|
 -----|-----| | 7. |Отсутствие гнойно-септических осложнений в период |
 Да/Нет | | | госпитализации | | |---|-----|-----| | 8. |Отсутствие
 тромбоэмболических осложнений в период | Да/Нет | | | госпитализации | | |---|-----|
 -----|-----|

3.13.5 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при
 анафилактическом шоке (коды по МКБ - 10: T78.0; T78.2; T80.5; T88.6) |---|-----|-----|
 -----|-----| | № | Критерии качества | Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----|-----|
 -----|-----| | 1. | Прекращено поступление предполагаемого аллергена не позднее |
 Да/Нет | | | 30 секунд от момента установления диагноза | | |---|-----|-----|
 ---|-----| | 2. | Выполнено парентеральное введение эпинефрина не позднее 3 | Да/Нет | | | минут от
 момента установления диагноза | | |---|-----|-----| | 3.
 |Выполнено парентеральное введение лекарственных препаратов | Да/Нет | | | группы системные
 глюкокортикостероиды не позднее 5 минут от | | | |момента установления диагноза | | |---|-----|
 -----|-----| | 4. | Налажен венозный доступ не позднее 10 минут от
 момента | Да/Нет | | | установления диагноза или сохранен венозный доступ в случае | | |
 |внутривенного введения лекарственного препарата, вызвавшего | | | |анафилактический шок | | |---|
 -----|-----| | 5. | Выполнена укладка больного в положение лежа
 на спине под углом | Да/Нет | | | 45° с приподнятым по отношению к голове тазом (положение | | |
 |Тренделенбурга) не позднее 1 минуты от момента установления | | | |диагноза | | |---|-----|
 -----|-----| | 6. | Выполнено мониторирование артериального давления, пульса,
 | Да/Нет | | | частоты дыхательных движений | | |---|-----|-----|
 | 7. | Стабилизированы гемодинамические показатели: артериальное | Да/Нет | | | давление у взрослых
 и детей старше 10 лет - систолическое выше | | | |100 мм. рт. ст., у детей до 10 лет выше 90 мм. рт.
 ст., пульс | | | |не реже 60 ударов в минуту | | |---|-----|-----|

3.13.6 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при
 токсическом действии алкоголя (коды по МКБ - 10: T51) |---|-----|-----|
 |-----| | № | Критерии качества | Оценка | |п/п| |выполнения| |---|-----|-----|
 -----|-----| | 1. | Выполнен осмотр врачом-токсикологом и/или | Да/Нет | | | врачом-анестезиологом-
 реаниматологом не позднее 15 минут от | | | |момента поступления в стационар | | |---|-----|
 -----|-----| | 2. | Выполнено промывание желудка зондовое не позднее 30
 минут от | Да/Нет | | | момента поступления в стационар (если это не было проведено на | | |
 |этапе первичной медико-санитарной помощи) | | |---|-----|-----| | 3.
 |Проведен форсированный диурез с ощелачиванием мочи не позднее | Да/Нет | | | 30 минут от
 момента поступления в стационар (при отсутствии | | | |медицинских противопоказаний) | | |---|-----|
 -----|-----| | 5. | Выполнено исследование кислотно-основного

состояния крови (рН, | Да/Нет | | | PaCO₂, PaO₂, BE, SB, BB, SO₂, HbO) не позднее 1-го часа от | | |
момента поступления в стационар | | |----|-----|-----| | 6.
|Выполнено исследование уровня глюкозы в крови не позднее 1-го | Да/Нет | | | часа от момента
поступления в стационар | | |----|-----|-----| | 7. |Выполнено
исследование уровня этанола, метанола в | Да/Нет | | | крови (газо-жидкостная хроматография) не
позднее 2-х часов от | | | момента поступления в стационар | | |----|-----|-----|
-----|-----| | 8. |Выполнено исследование уровня этанола, метанола в моче | Да/Нет | | |(газо-
жидкостная хроматография) не позднее 2-х часов от | | | момента поступления в стационар | | |----|-----|
-----|-----| | 9. |Выполнено исследование уровня 2-пропанола,
сивушных масел в | Да/Нет | | | крови (газо-жидкостная хроматография) | | |----|-----|
-----|-----| | 10. |Выполнено электрокардиографическое исследование не позднее 2-х|
Да/Нет | | | часов от момента поступления в стационар | | |----|-----|
-|-----| | 11. |Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 2-х| Да/Нет | | | часов от
момента поступления в стационар (в состоянии комы) | | |----|-----|
--|-----| | 12. |Выполнена рентгенография всего черепа, в одной или более | Да/Нет | | | проекциях не
позднее 2-х часов от момента поступления в | | | стационар | | |----|-----|
-----|-----| | 13. |Выполнена оценка гематокрита | Да/Нет | | |----|-----|
-----|-----| | 14. |Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет | | |----|-----|
-----|-----| | 15. |Выполнен анализ крови биохимический
общетерапевтический (общий| Да/Нет | | | билирубин, креатинфосфокиназа,
аланинаминотрансфераза, | | | аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, общий белок, | | |
|мочевина, креатинин, калий, натрий, кальций) не менее 2 раз за | | | период госпитализации | | |----|
-----|-----| | 16. |Выполнен общий анализ мочи | Да/Нет | | |----|-----|
-----|-----| | 17. |Выполнено ультразвуковое исследование органов
брюшной полости | Да/Нет | | | (комплексное) | | |----|-----|
| 18. |Выполнено внутривенное капельное введение дезинтоксикационных | Да/Нет | | | лекарственных
препаратов (при отсутствии медицинских | | | противопоказаний) | | |----|-----|
-----|-----| | 19. |Проведена терапия гепатопротекторами (при повышении | Да/Нет | | |
|аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы и щелочной | | | фосфатазы более чем в 2
раза и при отсутствии медицинских | | | противопоказаний) | | |----|-----|
-----|-----| | 20. |Проведена терапия лекарственными препаратами для коррекции | Да/Нет | | |
|водно-электролитных расстройств (при отсутствии медицинских | | | противопоказаний) | | |----|-----|
-----|-----| | 21. |Выполнено исследование уровня миоглобина в моче
(при повышении| Да/Нет | | | уровня креатинфосфокиназы и креатинина и мочевины более чем в | | | 2
раза) | | |----|-----|-----| | 22. |Достигнута нормализация
показателей гомеостаза на | Да/Нет | | | момент выписки из стационара | | |----|-----|
-----|-----| | 23. |Достигнуто восстановление сознания на момент выписки из | Да/Нет | | |
| стационара | | |----|-----|-----|