#

# О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 июля 2016 г. № 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»

П р и к а з ы в а ю:

Внести изменения в приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 июля 2016 г. № 520н
«Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»: дополнить пунктами следующего содержания.

|  |  |
| --- | --- |
| Министр | В.И. Скворцова |

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

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при витамин-B12-дефицитной анемии и фолиеводефицитной анемии (коды по МКБ – 10: D51; D52)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерий качества | Оценка выполнения |
|  | Выполнено общий (клинический) анализ крови с определением количества ретикулоцитов, среднего объема этитроцитов, ширины распределения эритроцитов по объему, среднего содержания гемоглобина в эритроцитах, средней концентрации гемоглобина в эритроцитах, анизоцитоза эритроцитов | Да/Нет |
|  | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, свободный и связанный билирубин, лактатдегидрогеназа, концентрация сывороточного ферретина, концентрация сывороточного железа)  | Да/Нет |
|  | Выполнено определение уровня витамина В12 в крови | Да/Нет |
|  | Выполнено определение уровня фолиевой кислоты в крови | Да/Нет |
|  | Выполнена эзофагогастродуаденоскопия  | Да/Нет |
|  | Выполнено микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов | Да/Нет |
|  | Проведена терапия лекарственными препаратами витамина B12 или фолиевой кислоты (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
|  | Выполнен повторный общий (клинический) анализ крови с определением количества ретикулоцитов, среднего объема этитроцитов, ширины распределения эритроцитов по объему, среднего содержания гемоглобина в эритроцитах, средней концентрации гемоглобина в эритроцитах, анизоцитоза эритроцитов | Да/Нет |

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гемолитико-уремическом синдроме (коды по МКБ – 10: D 59.3)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерий качества | Оценка выполнения |
|  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый  | Да/Нет |
|  | Выполнен анализ мочи общий (при отсутствии анурии) | Да/Нет |
|  | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевина, лактатдегидрогеназа, общий билирубин, свободный и связанный билирубин, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, натрий, калий, хлориды, фосфор, общий кальций) | Да/Нет |
|  | Выполнен непрямой антиглобулиновый тест (тест Кумбса) и/или прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса) | Да/Нет |
|  | Выполнено бактериологическое исследование кала и/или серологическое исследование кала для выявления шига-токсин продуцирующей Escherichia coli  | Да/Нет |
|  | Выполнено исследование уровня комплемента и его фракций в крови (уровня С3 и С4 компонентов комплемента) (при атипичном гемолитико-уремическом синдроме) | Да/Нет |
|  | Выполнена терапия методами диализа (при анурии более 24 часов) | Да/Нет |
|  | Выполнена трансфузия эритроцитарной массы при уровне гемоглобина ниже 70 г/л | Да/Нет |

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

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при сахарном диабете (коды по МКБ – 10: E10.2; E10.3; E10.4; E10.5; E10.6; E10.7; E10.8; E10.9; E11.2; E11.3; E11.4; E11.5; E11.6; E11.7; E11.8; E11.9; E13.2; E13.3; E13.4; E13.5; E13.6; E13.7; E13.8; E13.9)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнено измерение гликемии не реже 4 раз в 24 часа ежедневно | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (белок, общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды, билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, мочевина, креатинин, калий, натрий)  | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий анализ мочи | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование на микроальбуминурию | Да/Нет |
| 6. | Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации | Да/Нет |
| 7. | Выполнено электрокардиографическое исследование | Да/Нет |
| 8. | Выполнена оценка вибрационной, тактильной и температурной чувствительности нижних конечностей | Да/Нет |
| 9. | Выполнен осмотр мест инъекций инсулина у пациентов (при проведении инсулинотерапии) | Да/Нет |
| 10. | Выполнен расчет лодыжечно-плечевого индекса | Да/Нет |
| 11. | Выполнен расчет индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина и целевые значения гликемии натощак и через 2 часа после еды и на ночь | Да/Нет |
| 12. | Выполнена заместительная интенсифицированная и/или базис-болюсная инсулинотерапия (при сахарном диабете 1 типа, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 13. | Выполнена терапия препаратами для лечения сахарного диабета (при сахарном диабете 2 типа, в зависимости от уровня гликированного гемоглобина в режиме монотерапии или комбинации препаратов с учетом медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)  | Да/Нет |
| 14. | Выполнена консультация врачом-офтальмологом (при диабетической ретинопатии) | Да/Нет |
| 15. | Выполнена отмена метформина при СКФ <45 мл/мин/1,73 м2 (в случае приема пациентом) | Да/Нет |
| 16. | Выполнено определение степени раневого дефекта по Вагнеру (при синдроме диабетической стопы) | Да/Нет |
| 17. | Выполнена первичная хирургическая обработка раневого дефекта (при синдроме диабетической стопы с язвой) | Да/Нет |
| 18. | Выполнено ультразвуковое дуплексное сканирование артерий нижних конечностей (при лодыжечно-плечевом индексе 0,9 и менее)  | Да/Нет |
| 19. | Выполнена рентгенография стоп и голеностопных суставов в прямой и боковой проекциях (при раневом дефекте 3 - 5 степени по Вагнеру) | Да/Нет |
| 20. | Выполнено бактериологическое исследование тканей раны с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при синдроме диабетической стопы) | Да/Нет |
| 21. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при подтверждённой бактериальной инфекции раневого дефекта и/или раневом дефекте по Вагнеру 2 степени и выше)  | Да/Нет |
| 22. | Достигнуты индивидуальные целевые значения гликемии натощак и через 2 часа после еды и на ночь | Да/Нет |

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при сахарном диабете с комой или кетоацидозом (коды по МКБ – 10: Е10.1; Е11.1; Е13.1; Е10.0; Е11.0; Е13.0)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерий качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 2. | Выполнен осмотр врачом-эндокринологом не позднее 6 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование уровня глюкозы в крови не позднее 10 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 4. | Выполнена пульсоксиметрия не позднее 10 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 5. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (калий, натрий, креатитнин, мочевина, лактат, хлориды, бикарбонат) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 6. | Выполнено электрокардиографическое исследование не позднее 10 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСO2, РаO2, BE, SB, ВВ, SO2, HbO) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 8. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 3 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 9. | Выполнен общий анализ мочи не позднее 3 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 10.  | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, центрального венозного давления, диуреза) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено парентеральное введение декстрозы или глюкагона (при гипогликемической коме и отсутствии медицинских противопоказаний)  | Да/Нет |
| 12. | Выполнено парентеральное введение инсулина (при гипергликемической коме) | Да/Нет |
| 13. | Проведена инфузионная терапия не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 14. | Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго не позднее 10 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 15. | Выполнена искусственная вентиляция легких (при развитии тяжелой дыхательной недостаточности и оценке по шкале Глазго ниже 8 баллов) | Да/Нет |
| 16. | Выполнена консультация врачом-неврологом (при коме) | Да/Нет |
| 17. | Достигнут уровень глюкозы в крови от 13 до 15 ммоль/л в первые 24 часа от момента поступления в стационар (при гипергликемической коме) | Да/Нет |
| 18. | Достигнуто улучшение сознания по шкале Глазго | Да/Нет |

# Критерии качества при [болезнях нервной системы](http://mkb-10.com/index.php?pid=5001)

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при синдроме Гийена-Барре (коды по МКБ – 10: G61.0)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерий качества | Оценка выполнения |
|  | Выполнена электронейромиография | Да/Нет |
|  | Выполнен плазмаферез и/или терапии препаратами группы иммуноглобулинов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии противопоказаний) | Да/Нет |
|  | Выполнена искусственная вентиляция легких (при тяжелой дыхательной недостаточности) | Да/Нет |
|  | Начата индивидуальная нутритивная поддержка не позднее 24 часов от момента поступления в отделение реанимации и интенсивной терапии с последующей ежедневной коррекцией | Да/Нет |
|  | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза) (при тяжелой степени дыхательной недостаточности) | Да/Нет |
|  | Отсутствие пролежней в период госпитализации | Да/Нет |
|  | Отсутствие тромбоэмболический осложнений в период госпитализации | Да/Нет |

# Критерии качества при болезнях уха и сосцевидного отростка

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при хроническом гнойном среднем отите (коды по МКБ – 10: H66.1; H66.2; H 66.3)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерий качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнена отоскопия под увеличением | Да/Нет |
| 2. | Выполнена тональная аудиометрия и/или исследование органов слуха с помощью камертона  | Да/Нет |
| 3. | Выполнено бактериологическое и микологическое исследование отделяемого из барабанной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при наличии отделяемого) | Да/Нет |
| 4. | Проведена терапия антибактериальными и/или противогрибковыми лекарственными препаратами (при наличии отделяемого из барабанной полости, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена рентгенография височной кости и/или компьютерная томография височной кости  | Да/Нет |
| 6. | Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 24 часов от момента установления диагноза (при лабиринтите, мастоидите, тромбозе сигмовидного синуса, отогенном сепсисе) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 8. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |
| 9.  | Отсутствие тромботических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при внезапной и острой идиопатической потере слуха (коды по МКБ – 10: H91.2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерий качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен осмотр врачом-оториноларингологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 2. | Выполнена консультация врачом-неврологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 3. | Выполнена консультация врачом-терапевтом или врачом-педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 4. | Выполнена тональная пороговая аудиометрия или тональная пороговая аудиометрия с исследованием порогов дискомфорта при односторонней потере слуха не позднее 18 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 5. | Выполнена тимпанометрия и акустическая рефлексометрия с регистрацией ипсилатерального и контралатерального рефлексов не позднее 18 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 6. | Выполнена магнитно-резонансная томография внутренних слуховых проходов и мостомозжечковых углов (при одностороннем снижении слуха) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение глюкокортикостероидными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена тональная аудиометрия или тональная пороговая аудиометрия с исследованием порогов дискомфорта при односторонней потере слуха перед выпиской из стационара | Да/Нет |

# Критерии качества при болезнях системы кровообращения

* + 1. Критерии оценки качества специализированной помощи взрослым при ишемической болезни сердца (коды по МКБ-10: I20.1; I20.8; I20.9; I25.0; I25.1; I25.2; I25.5; I25.6; I25.8; I25.9)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|  | Выполнено электрокардиографическое исследование | Да/Нет |
|  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет |
|  | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, глюкоза, креатинкиназа)  | Да/Нет |
|  | Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический | Да/Нет |
|  | Выполнена эхокардиография | Да/Нет |
|  | Выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий (при отсутствии проведения на догоспитальном этапе в последние 12 месяцев) | Да/Нет |
|  | Выполнена коронарография (при неэффективности медикаментозной терапии) | Да/Нет |
|  | Проведена терапия ацетилсалициловой кислотой и гиполипидемическими средствами и ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
|  | Проведена терапия бета-адреноблокаторами и/или блокаторами кальциевых каналов и/или нитратами и/или выполнено проведение эндоваскулярных методов лечения (при неэффективности медикаментозной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

* + 1. Критерии оценки качества специализированной помощи взрослым при хронической сердечной недостаточности (коды по МКБ-10: I50.0)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|  | Выполнено электрокардиографическое исследование | Да/Нет |
|  | Выполнен общий (клинический) анализ крови | Да/Нет |
|  | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (калий, натрий, креатинин, креатинкиназа, лактатдегидрогеназа, щелочная фосфатаза, гамма-глютамилтрансфераза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза)  | Да/Нет |
|  | Выполнено исследование функции нефронов по клиренсу креатинина | Да/Нет |
|  | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
|  | Выполнена рентгенография органов грудной клетки | Да/Нет |
|  | Выполнена эхокардиография | Да/Нет |
|  | Проведена терапия ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или бета-адреноблокаторами и/или альдостерона антагонистами и/или «петлевыми» диуретиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

* + 1. Критерии оценки качества специализированной помощи взрослым при острой сердечной недостаточности (коды по МКБ-10: I50.1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|  | Выполнен осмотр врачом-кардиологом не позднее 5 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
|  | Выполнено электрокардиографическое исследование не позднее 10 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
|  | Выполнено определение уровня тропонинов I, T в крови и/или определение уровня и активности креатинкиназы в крови | Да/Нет |
|  | Выполнена пульсоксиметрия не позднее 10 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
|  | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза) | Да/Нет |
|  | Выполнена эхокардиография не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
|  | Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 30 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
|  | Проведена терапия опиоидами и/или нитратами и/или миолитиками и/или «петлевыми» диуретиками и/или адрено- и допаминомиметиками и/или кардиотониками внутривенно не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
|  | Выполнено ингаляторное введение кислорода (при сатурации менее 95%) | Да/Нет |
|  | Выполнена неинвазивная искусственная вентиляции легких (при сатурации менее 90% на фоне ингаляторного введения кислорода и медикаментозной терапии)  | Да/Нет |
|  | Выполнен общий (клинический) анализ крови не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
|  | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (калий, натрий, глюкоза, мочевина, креатинин, билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
|  | Выполнено исследование функции нефронов по клиренсу креатинина не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
|  | Выполнен общий (клинический) анализ мочи не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |

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

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при плановом лечении неосложненных грыж передней брюшной стенки (коды по МКБ – 10: K40.2, К40.9, К41.2, К41.9, К42.9, К43.9, К45.8, К46.9)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
| 1. | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленного органа (ткани) | Да/Нет |
| 3. | Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации | Да/Нет |
| 4. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации |  |
| 5. | Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при перитоните (коды по МКБ – 10: K65, K67)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 3. | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (билирубин, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, мочевина, амилаза, глюкоза) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 2 часов от момента установления диагноза (при отсутствии медицинских противопоказаний)  | Да/Нет |
| 6. | Выполнено бактериологическое исследование экссудата из брюшной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам | Да/Нет |
| 7. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами в послеоперационном периоде (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Начато проведение дезинтоксикационной терапии не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |

# Критерии качества при болезнях кожи и подкожной клетчатки

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при острых гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей абсцесс кожи, фурункул, карбункул, флегмона (коды по МКБ – 10: L02.1; L02.2; L02.3; L02.4; L02.8; L02.9; L03.0; L03.1; L03.8; L03.9)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 2. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (билирубин, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, мочевина, амилаза, глюкоза) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 3. | Выполнено вскрытие и дренирование гнойно-воспалительного очага не позднее 3 часов от момента установления диагноза | Да/Нет |
| 4. | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из гнойно-воспалительного очага с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам | Да/Нет |
| 5. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами в послеоперационном периоде (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Отсутствие септических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |
| 7. | Отсутствие тромбоэмболических осложнений | Да/Нет |

# Критерии качества при болезнях мочеполовой системы

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при туболоинтерстициальном нефрите (коды по МКБ – 10: N10; N11)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 3 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
|  | Выполнен анализ мочи общий не позднее 3 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
|  | Выполнено бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам и другим лекарственным препаратам | Да/Нет |
|  | Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей не позднее 24 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
|  | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, глюкоза) | Да/Нет |
|  | Начата терапия антибактериальными лекарственными препаратами не позднее 3 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
|  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый повторно не позднее 120 часов от момента начала терапии антибактериальными лекарственными препаратами  | Да/Нет |
|  | Выполнен анализ мочи общий повторно не позднее 120 часов от момента начала терапии антибактериальными лекарственными препаратами  | Да/Нет |
|  | Достигнута нормализация уровня лейкоцитов в моче на момент выписки из стационара | Да/Нет |
|  | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при мочекаменной болезни (коды по МКБ – 10: N20-N22)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет |
|  | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
|  | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевая кислота, креатинин, мочевина)  | Да/Нет |
|  | Выполнено бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при лейкоцитурии) | Да/Нет |
|  | Выполнена обзорная урография (рентгенография мочевыделительной системы) и/или внутривенная урография и/или компьютерная томография почек и мочевыводящих путей с контрастированием  | Да/Нет |
|  | Выполнено хирургическое вмешательство направленное на восстановление пассажа мочи и/или удаление камня (при наличии показаний) | Да/Нет |
|  | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний) | Да/Нет |
|  | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |
|  | Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |
|  | Отсутствие повторных вмешательств за время госпитализации | Да/Нет |

# Критерии качества при беременности, родах и послеродовом периоде

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи беременным с сахарным диабетом (коды по МКБ – 10: O24.0; O24.1; O24.3; O24.4; O24.9)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерий качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнено измерение гликемии не реже 4 раз в 24 часа ежедневно | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (белок, общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды, билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, мочевина, креатинин, калий, натрий)  | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий анализ мочи | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование на микроальбуминурию (при сроке беременности до 22 недель) | Да/Нет |
| 7. | Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации | Да/Нет |
| 8. | Выполнена коагулограмма (ориентировочное определение гемостаза) | Да/Нет |
| 9. | Выполнен ультразвуковое исследование плода (при сроке беременности 22 недели и более) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена консультация врача-офтальмолога | Да/Нет |
| 12. | Выполнен расчет индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина и целевые значения гликемии натощак и через 1 час после еды и на ночь | Да/Нет |
| 13. | Выполнена отмена гипогликемических препаратов, кроме инсулина (в случае приема пациентом) | Да/Нет |
| 14. | Выполнена терапия препаратами группы инсулины и их аналоги и/или диетотерапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 15. | Достигнуты индивидуальные целевые значения гликемии натощак и через 1 час после еды и на ночь | Да/Нет |

# Критерии качества при отдельных состояниях, возникающих в перинатальном периоде

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при замедленном росте и недостаточности питания плода (коды по МКБ – 10: P05)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерий качества | Оценка выполнения |
|  | Выполнена оценка физического развития новорожденного по центильным таблицам при рождении | Да/Нет |
|  | Выполнена оценка гестационного возраста и физического развития новорожденного по шкале Балларда не позднее 36 часов от момента рождения | Да/Нет |
|  | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, общей белок, общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин, креатинин, мочевина) не позднее 24 часов от момента рождения | Да/Нет |
|  | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (pH, PaCO2, PaO2, BE) не реже 1 раза в 24 часа (при дыхательной недостаточности) | Да/Нет |
|  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента рождения | Да/Нет |
|  | Выполнена нейросонография | Да/Нет |
|  | Выполнено измерение массы тела не реже 1 раза в 24 часа | Да/Нет |

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при расстройствах, связанных с укорочением срока беременности и малой массой тела при рождении (коды по МКБ – 10: P07)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерий качества | Оценка выполнения |
|  | Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman при рождении | Да/Нет |
|  | Выполнена профилактика гипотермии с использованием пластиковой пленки (пакета) при рождении (при сроке гестации менее 28 недель и/или массе тела при рождении менее 1000 грамм) | Да/Нет |
|  | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови) в течение не менее 48 часов от момента рождения (у новорожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении) | Да/Нет |
|  | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (pH, PaCO2, PaO2, BE) не реже 1 раз в 24 часа (при дыхательной недостаточности) | Да/Нет |
|  | Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии показаний) | Да/Нет |
|  | Выполнен общий (клинический) анализ развернутый с подсчетом нейтрофильного индекса не позднее 24 часов от момента рождения | Да/Нет |
|  | Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента рождения (при дыхательной недостаточности) | Да/Нет |
|  | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, общей белок, общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин, креатинин, мочевина) не позднее 24 часов от момента рождения | Да/Нет |
|  | Выполнено выхаживание с сохранением температурного баланса до достижения массы тела 1,9 кг и более (при массе тела менее 1,9 кг) | Да/Нет |
|  | Выполнена нейросонография | Да/Нет |
|  | Выполнена эхокардиография (у новорожденных с экстремально низкой массой тела при рождении) | Да/Нет |
|  | Выполнена оценка гестационного возраста и физического развития новорожденных по шкале Балларда не позднее 36 часов от момента рождения  | Да/Нет |
|  | Выполнено измерение массы тела не реже 1 раз в 24 часа | Да/Нет |

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при внутриутробной гипоксии, асфиксии при родах (коды по МКБ – 10: P20; P21)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерий качества | Оценка выполнения |
|  | Выполнена оценка состояния новорожденного по шкале Апгар на 1 и 5 минуте жизни  | Да/Нет |
|  | Выполнена оценка состояния новорожденного по шкале Апгар на 10 минуте жизни (при оценке по шкале Апгар ниже 4 баллов на 5 минуте жизни) | Да/Нет |
|  | Выполнена нейросонография не позднее 72 часов от момента рождения | Да/Нет |
|  | Выполнена консультация врача-невролога не позднее 24 часов от момента проведения нейросонографии | Да/Нет |
|  | Выполнена повторная нейросонография не позднее 96 часов от момента проведения предыдущей нейросонографии | Да/Нет |
|  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента рождения | Да/Нет |
|  | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, лактат, мочевина, калий, натрий, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин) не позднее 24 часов от момента рождения  | Да/Нет |
|  | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (pH, PaCO2, PaO2, BE) не позднее 6 часов от момента рождения или не позднее 5 минут от момента рождения при оценке по шкале Апгар ниже 3 баллов | Да/Нет |
|  | Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии показаний) | Да/Нет |
|  | Выполнено повторное исследование кислотно-основного состояния крови (pH, PaCO2, PaO2, BE) не реже 4 раз в 24 часа при оценке по шкале Апгар ниже 3 баллов | Да/Нет |
|  | Выполнена терапия противоэпилептическими препаратами (при судорожном синдроме и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи больным детям при транзиторном тахипноэ у новорожденного (коды по МКБ – 10: P22.1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнена оценка фукции дыхания по шкале Silverman (для недоношенных) или шкале Downes (для доношенных) (не позднее 2 часов и повторно не позднее 6, 12 и 24 часов от момента рождения) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена пульсоксиметрия с мониторингом частоты сердечных сокращений не позднее 1 минуты от момента выявления дыхательных нарушений по шкале Silverman (для недоношенных) или шкале Downes (для доношенных) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии показаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, пульса) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (pH, PaCO2, PaO2, BE) не реже 1 раза в 24 часа (при дыхательной недостаточности) | Да/Нет |
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часа от момента выявления дыхательных нарушений | Да/Нет |
| 7. | Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента выявления дыхательных нарушений | Да/Нет |
| 8. |  Отсутствие развития синдрома "утечки воздуха" | Да/Нет |

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи больным детям при дыхательном расстройстве у новорожденного (коды по МКБ – 10: P22.0; P28.0)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman  | Да/Нет |
| 2. | Выполнена пульсоксиметрия с мониторингом частоты сердечных сокращений не позднее 1 минуты от момента выявления дыхательных нарушений | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии показаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, пульса) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено введение порактанта альфа (при наличии показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (pH, PaCO2, PaO2, BE) не позднее 3 часа от момента выявления дыхательных нарушений по шкале Silverman | Да/Нет |
| 7. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часа от момента выявления дыхательных нарушений по шкале Silverman | Да/Нет |
| 8. | Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента выявления дыхательных нарушений по шкале Silverman | Да/Нет |
| 9. |  Отсутствие развития синдрома "утечки воздуха" | Да/Нет |

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при врожденной пневмонии (коды по МКБ – 10: P23)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерий качества | Оценка выполнения |
|  | Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman (для недоношенных) или шкале Downes (для доношенных) при рождении | Да/Нет |
|  | Выполнена мониторирование жизненно важных функций (пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови) в течение 24 часов от момента рождения | Да/Нет |
|  | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (pH, PaCO2, PaO2, BE) не реже 1 раза в 24 часа (при дыхательной недостаточности) | Да/Нет |
|  | Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии показаний) | Да/Нет |
|  | Выполнено бактериологическое исследование мокроты или трахеального аспирата на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам  | Да/Нет |
|  | Выполнено бактериологическое исследование крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам  | Да/Нет |
|  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с определением нейтрофильного индекса не позднее 24 часов от момента рождения  | Да/Нет |
|  | Выполнен повторный анализ крови развернутый с определением нейтрофильного индекса не позднее 72 часов от момента предыдущего исследования | Да/Нет |
|  | Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента рождения | Да/Нет |
|  | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами  | Да/Нет |
|  | Отсутствие развития синдрома "утечки воздуха"  | Да/Нет |

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при неонатальном аспирационном синдроме (коды по МКБ – 10: P24.0; P24.1; P24.2; P24.8; P24.9)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерий качества | Оценка выполнения |
|  | Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman (для недоношенных) или шкале Downes (для доношенных) (не позднее 2 часов от момента рождения и повторно не позднее 6 часов и 24 часов от момента рождения) | Да/Нет |
|  | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови) (при дыхательной недостаточности) | Да/Нет |
|  | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (pH, PaCO2, PaO2, BE) не реже 2 раз в 24 часа (при дыхательной недостаточности) | Да/Нет |
|  | Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии показаний) | Да/Нет |
|  | Выполнено бактериологическое исследование крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам  | Да/Нет |
|  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с определением нейтрофильного индекса не позднее 24 часов от момента рождения | Да/Нет |
|  | Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента рождения | Да/Нет |
|  | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами  | Да/Нет |

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при бронхолегочной дисплазии (коды по МКБ – 10: P27.1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерий качества | Оценка выполнения |
|  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый  | Да/Нет |
|  | Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки  | Да/Нет |
|  | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови) и/или пульсоксиметрия не реже 2 раз в 24 часа | Да/Нет |
|  | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСO2, РаO2, BE) | Да/Нет |
|  | Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии показаний) | Да/Нет |
|  | Выполнена эхокардиография | Да/Нет |
|  | Выполнена терапия лекарственными препаратами группы системные глюкокортикостероиды или группы ингаляционные глюкокортикостероиды (при тяжелой степени, в зависимости от медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
|  | Выполнено лечение лекарственными препаратами группы короткодействующие селективные бета2-адреномиметики ингаляторно или комбинацией лекарственных препаратов группы селективные бета2-адреномиметики и группы холинолитики (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при внутричерепном нетравматическом кровоизлиянии у плода и новорожденного (коды по МКБ – 10: P52)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерий качества | Оценка выполнения |
|  | Выполнено определение протромбинового времени и/или протромбинового индекса и/или международного нормализованного отношения  | Да/Нет |
|  | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, пульса) | Да/Нет |
|  | Выполнена нейросонография не позднее 24 часов от момента установки диагноза | Да/Нет |
|  | Выполнена консультация врача-невролога не позднее 24 часов от момента проведения нейросонографии | Да/Нет |
|  | Выполнена повторная нейросонография не позднее 72 часов от момента проведения предыдущей нейросонографии | Да/Нет |
|  | Выполнена терапия лекарственными препаратами группы Витамин K и другие гемостатики (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
|  | Отсутствие прогрессирования кровоизлияния  | Да/Нет |

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при геморрагической болезни плода и новорожденного (коды по МКБ – 10: P53)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнена терапия лекарственными препаратами группы Витамин K и другие гемостатики и/или свежезамороженной плазмой не позднее 30 минут от момента выявления кровоточивости (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови с определением уровня тромбоцитов, гематокрита в крови не позднее 12 часов от момента выявления кровоточивости | Да/Нет |
| 3. | Выполнено определение протромбинового времени и/или протромбинового индекса и/или международного нормализованного отношения  | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование почек и надпочечников | Да/Нет |
| 5. | Выполнена нейросонография | Да/Нет |
| 6. | Выполнено введение менадиона натрия бисульфита не более 5 раз в течение 72 часов в период госпитализации (при введении менадиона натрия бисульфата) | Да/Нет |

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи больным детям при гемолитической болезни новорожденных (коды по МКБ – 10: P55; P56)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнено исследование уровня общего билирубина и уровня общего гемоглобина в пуповинной крови у новорожденного при рождении (при отрицательном резус факторе и/или группы крови 0(I) у матери) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение основных групп крови (A, B, 0) и определение резус-принадлежности у новорожденного в пуповинной крови при рождении  | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса) и/или непрямой антиглобулиновый тест (тест Кумбса) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена операция частичного заменного переливания крови не позднее 3 часов от момента рождения (при отечной форме гемолитической болезни) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови с определением количества ретикулоцитов | Да/Нет |
| 6. | Выполнено повторное исследование уровня общего билирубина и определен почасовой прирост общего билирубина не позднее 6 часов и 12 часов от момента рождения  | Да/Нет |
| 7. | Выполнена фототерапия кожи и/или операция заменного переливания крови после оценки уровня общего билирубина в зависимости от массы тела при рождении (при наличии показаний) | Да/Нет |
| 9. | Достигнут уровень общего билирубина в крови ниже значений, являющихся показанием для начала фототерапии | Да/Нет |
| 10. | Отсутствие анемии на момент выписки из стационара | Да/Нет |

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при неонатальной желтухе (коды по МКБ – 10: P58; P59)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, свободный билирубин, связанный билирубин)  | Да/Нет |
| 3. | Выполнен повторный анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин) (при окрашивании 3-й кожной зоны у недоношенных и 4-й кожной зоны у доношенных новорожденных по шкале Крамера)  | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с определением количества ретикулоцитов  | Да/Нет |
| 5. | Выполнен повторный анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин) не позднее 12 часов от момента предыдущего исследования (при наличии риска развития билирубиновой энцефалопатии) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена фототерапия и/или заменное переливание крови в после оценки уровня общего билирубина в зависимости от массы тела при рождении (при наличии показаний) | Да/Нет |
| 7. | Достигнут уровень общего билирубина в крови ниже значений, являющихся показанием для начала фототерапии  | Да/Нет |
| 8. | Отсутствие анемии на момент выписки из стационара | Да/Нет |

* + 1. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при других нарушениях церебрального статуса (церебральная ишемия) у новорожденного (коды по МКБ – 10: P91)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерий качества | Оценка выполнения |
|  | Выполнена нейросонография не позднее 24 часов от момента установки диагноза | Да/Нет |
|  | Выполнена консультация врача-невролога не позднее 24 часов от момента проведения нейросонографии | Да/Нет |
|  | Выполнена повторная нейросонография не позднее 48 часов от момента проведения предыдущей нейросонографии | Да/Нет |
|  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента установки диагноза | Да/Нет |
|  | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, лактат, мочевина, калий, натрий, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин) не позднее 24 часов от момента установки диагноза | Да/Нет |
|  | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (pH, PaCO2, PaO2, BE) не позднее 6 часов от момента установки диагноза | Да/Нет |
|  | Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии показаний) | Да/Нет |
|  | Выполнена терапия противоэпилептическими препаратами (при судорожном синдроме и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

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

* + 1. Вывихи, разрывы, растяжения и повреждения капсульно-связочного аппарата и мышц конечностей (коды по МКБ – 10: S43; S46; S53; S56; S63; S66; S73; S76; S83; S86; S96)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен осмотр врачом-травматологом-ортопедом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 3. | Выполнено обезболивание не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография и/или ультразвуковое исследование (в зависимости от медицинских показаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено устранение вывиха и/или стабилизация и/или иммобилизация и/или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний) | Да/Нет |
| 6. | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами в случае хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |
| 8. | Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |