**УТВЕРЖДАЮ**

Генеральный директор УК

**ПОЛОЖЕНИЕ**

О ПОРЯДКЕ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАПРАВЛЕНИЯ ОМС - МЕДИЦИНА

Оглавление

[1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ 4](#_Toc95824124)

[2. КОМИССИЯ ПО ВНУТРЕННЕМУ КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 5](#_Toc95824128)

[3. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 9](#_Toc95824133)

[4. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 15](#_Toc95824134)

[5. ФОРМЫ И ОБЪЕМЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 20](#_Toc95824135)

[6. ОФОРМЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 22](#_Toc95824136)

[7. ФОРМЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ И САМОКОНТРОЛЯ 24](#_Toc95824137)

[8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ 24](#_Toc95824138)

[9. ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ 24](#_Toc95824139)

[10. Приложение 1 25](#_Toc95824140)

[11. Приложение 2 36](#_Toc95824143)

[12. Приложение 3 38](#_Toc95824146)

[13. Приложение 4 40](#_Toc95824148)

[14. Приложение 5 41](#_Toc95824151)

[15. Приложение 6 44](#_Toc95824153)

[16. Приложение 7 52](#_Toc95824155)

[17. Приложение 8 53](#_Toc95824157)

[18. Приложение 9 55](#_Toc95824160)

[19. Приложение 10 59](#_Toc95824163)

[20. Приложение 11 74](#_Toc95824167)

[21. Приложение 12 80](#_Toc95824169)

[22. Приложение 13 87](#_Toc95824171)

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. ЦЕЛЬ РАЗРАБОТКИ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1.1. Настоящее Положение о порядке формировании записей в первичной медицинской документации организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – Положение) устанавливает единые требования к оформлению медицинской документации, алгоритмов описания значимой медицинской информации и результатов исследований проводимых с использованием лучевых методов диагностики и организации системы внутреннего контроля качества и безопасности выполняемых медицинских работ (услуг) в обособленных подразделениях АО «Европейский Медицинский Центр» направления «ОМС-медицина» (далее – ОМС-медицина, МЦ)

1.1.2. Настоящее Положение применяется во всех структурных подразделениях ОП «ОМС-медицина»

1.1.3. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности, как и внутренний контроль в целом, осуществляется каждым сотрудником МЦ в рамках своих функциональных обязанностей.

* 1. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Настоящее Положение разработано в соответствии с:

* ФЗ № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
* Приказ МЗ и СР РФ № 502н от 05.05.2012 «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;
* Приказ МЗ РФ №785 от 31.07.2020 «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»;
* Приказ ДЗ г. Москвы №932 от 30.10.2019 «О порядке осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы»;
* Приказ МЗ РФ №53 от 08.02.2018 «Об утверждении порядка разработки стандартов медицинской помощи»;
* Клиническими рекомендациями, законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации;
* Национальный стандарт РФ №302-ст от 25.04.2017 «Системы менеджмента качества ГОСТ Р 57451-2017».
* Национальный стандарт РФ №196-ст от 19.07.2012 «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента. ГОСТ Р ИСО 19011-2012»
* Приказ Минпромторга РФ №916 от 14.06.2013 «Об утверждении Правил надлежащей производственной практики»;
* Приказ МЗ РФ от 30.11.1993 №283 «О совершенствовании службы функциональной диагностики в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»;
* Приказ МЗ РФ от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»,
* Приказ по основной деятельности от 27.12.2020 № П/ЕМЦ/ОД-87 «Об утверждении комиссии по проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в обособленных подразделениях АО «Европейский Медицинский Центр» направления «ОМС-медицина»»,
* Международными стандартами аккредитации медицинских организаций (редакция 2017 года, 6-ое издание) / Joint Commission International (JCI) Accreditation Standards for Hospitals, в том числе Стандарты «Улучшение качества и безопасность пациента / Quality Improvement and Patient Safety (QPS)»;
* Внутреннее положение от 01.01.21 «О порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в акционерном обществе «Европейский Медицинский Центр».

## 2. КОМИССИЯ ПО ВНУТРЕННЕМУ КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

* 1. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА И ФУНКЦИИ КОМИССИИ

 2.1.1. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности (далее - Контроль качества) организуется и проводится Комиссией по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности (далее – Комиссия) в целях обеспечения прав пациентов на получение необходимого объема и надлежащего качества медицинской помощи в «ОМС-медицина» в соответствии с установленными порядками оказания и стандартами медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности.

2.1.2. Комиссия по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности состоит из председателя, заместителя председателя, секретаря и членов комиссии согласно Приказу По основной деятельности от 27.12.2020 № П/ЕМЦ/ОД-87 «Об утверждении комиссии по проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в обособленных подразделениях АО «Европейский Медицинский Центр» направления «ОМС-медицина»».

Состав Комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности утверждается Генеральным директором УК АО «ЕМЦ» по представлению руководителя Медицинской дирекции ОМС-медицина.

2.1.3. В части проведения проверок и мониторинга показателей качества и безопасности Комиссия осуществляет следующие функции:

- организация и обеспечение проведения проверок;

- контроль за соблюдением обязательных требований к внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности и сроков проведения проверок;

- подготовка и утверждение отчета о результатах проверок и сводных отчетов по результатам внутреннего контроля;

- разработка, внедрение и актуализация критериев проверки;

- разработка, внедрение и актуализация показателей мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности;

- анализ данных, полученных от руководителей структурных подразделений Общества о состоянии медицинской деятельности для учета и измерения выявленных показателей и закономерностей для принятия управленческих решений в рамках внутреннего контроля.

- разработка и утверждение плана корректирующих мероприятий на основании результатов проверки и анализа мониторинга показателей качества и безопасности медицинской деятельности;

- контроль за реализацией плана корректирующих мероприятий;

- организация образовательных мероприятий.

* 1. ЗАДАЧИ КОМИССИИ

2.2.1. разработка и реализация мер по повышению качества медицинской помощи для выявления, предупреждения и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления;

2.2.2. создание условий для обеспечения безопасности медицинской деятельности и оценка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;

2.2.3. стандартизация процессов медицинской деятельности для выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления;

2.2.4. обеспечение и оценка порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

2.2.5. обеспечение и оценка порядков проведения медэкспертиз, диспансеризаций, медосмотров и мед освидетельствований;

2.2.6. обеспечение и оценка соблюдения медицинскими работниками и руководителями медицинскими организациями ограничений, налагаемых на указанных лиц при осуществлении ими профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323 «об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

2.2.7. обеспечение и оценка соответствия оказываемой медицинской помощи критериям оценки медицинской помощи, а также рассмотрение причин возникновения несоответствия качества указанным критериям;

2.2.8. выполнение медицинскими работниками должностных инструкций в части обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности;

2.2.9. предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:

- несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья пациента с учетом степени поражения органов и (или) систем организма либо нарушений их функций, обусловленной заболеванием или состоянием либо их осложнением;

- несоблюдение сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановом порядке, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов;

- устранение последствий и причин нарушений, выявленных в рамках контроля качества и безопасности медицинской деятельности, выявленных в рамках государственного и ведомственного контроля, объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи, выявленных в рамках контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.2.10. выявление дефектов в организации лечебно-диагностического процесса, факторов, повлекших за собой снижение качества оказания медицинской помощи, и установление причин их возникновения;

2.2.11. выбор оптимальных управленческих решений и проведение мероприятий, направленных на предупреждение возникновения дефектов в организации и оказании медицинской помощи, повышение эффективности использования ресурсов в ОП «МЦ Дурова»;

2.2.12. предупреждение, выявление и пресечение нарушений требований безопасности условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);

2.2.13. обеспечение объективности и непредвзятости при организации и проведении проверок.

* 1. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ КОМИССИИ

Комиссия по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности взаимодействует:

2.3.1. С Генеральным директором УК АО «ЕМЦ» и Руководителями дирекций направления ОМС-медицина по вопросам:

 - утверждения локальных нормативных документов в области качества;

 - утверждения отчетов о результатах внутреннего контроля и планов корректирующих мероприятий;

 - принятия управленческих решений в части устранения несоответствий и достижения целевых показателей качества.

2.3.2. С Главными врачами операционных регионов в части обсуждения и согласования:

 - кандидатур для проведения внутреннего контроля;

 - целевых показателей в области качества;

 - локальных нормативных документов в области качества;

 - результатов внутреннего контроля, выявленных проблем и несоответствий;

 - планов корректирующих мероприятий и стратегии развития системы по управлению качеством;

 - деятельности врачебных комиссий и проведения экспертизы качества медицинской помощи.

2.3.3. С Врачебной комиссией (подкомиссиями Врачебной комиссии) в части обсуждения и голосования:

 - оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов;

 - отчетов о проведении проверок;

 - сводных отчетов о результатах проведения внутреннего контроля;

 - плана мероприятий по совершенствованию качества и безопасности медицинской деятельности;

2.3.4. С заведующими клиническими отделениями по вопросам проведения мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности в отделении, своевременности предоставления оценочных листов.

2.3.5. С руководителями структурных подразделений Общества по вопросам, относящимся к деятельности Комиссии в зоне ответственности этих структурных подразделений.

2.3.6. С другими Комиссиями, Комитетами, Советами АО «ЕМЦ» в вопросах, затрагивающих качество и безопасность медицинской деятельности (в т.ч. Комиссия по инфекционному контролю, Совет по питанию, Совет по Этике, Комиссия по чрезвычайным ситуациям и другими).

* 1. ПРАВА КОМИССИИ

Комиссия имеет право:

2.4.1. Запрашивать и получать от руководителей структурных подразделений ОМС-медицина информацию, необходимую для выполнения возложенных на нее функций и задач.

2.4.2. Получать поступающие в АО «ЕМЦ» документы и иные информационные материалы по своему профилю деятельности для ознакомления, систематизированного учета и использования в работе.

2.4.3. Знакомиться с документами, связанными с целями, задачами и предметом внутреннего контроля, в том числе с медицинской документацией, снимать копии с указанных документов, а также производить в необходимых случаях фото - видеосъемку при осуществлении осмотра и обследования.

2.4.4. Знакомиться с результатами анкетирования и устных опросов пациентов и (или) их законных представителей, членов семьи пациента, работников «ОМС-медицина», а также результатами анализа жалоб и обращений.

2.4.5. Иметь доступ в структурные подразделения «ОМС-медицина», а также в здания, строения, сооружения, помещения, к используемому оборудованию и транспортным средствам.

2.4.6. Осуществлять в пределах своей компетенции проверку и координацию деятельности структурных подразделений «ОМС-медицина» по вопросам обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности.

2.4.7. Организовывать проведение необходимых исследований, экспертиз, анализов и оценок.

2.4.8. Вносить руководству предложения по совершенствованию форм и методов работы МЦ в области качества и безопасности медицинской деятельности.

2.4.9. Вносить предложения руководству по повышению квалификации, поощрению и наложению взысканий на работников по своему профилю.

2.4.10. Информировать руководителей и сотрудников соответствующих структурных подразделений о результатах проверок и принятых решениях.

2.4.11. Разрабатывать формы отчетов, контрольные листы для контроля и самоконтроля для всех уровней проверок и контролей.

## 3. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

3.1. Комиссия по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности осуществляет свою деятельность во взаимодействии с другими Комиссиями, Комитетами, Советами, структурными подразделениями как «ОМС-медицина», так и в целом АО «ЕМЦ», а также в пределах своей компетенции со сторонними организациями.

3.2. Комиссия в своей работе руководствуется современными методами и принципами управления качеством в здравоохранении.

3.3. Внутренний контроль включает следующие мероприятия:

- оценку качества и безопасности медицинской деятельности «ОМС-медицина» в целом и его структурных подразделений путем проведения плановых и внеплановых (целевых) внутренних проверок;

- сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности, а также их анализ;

- учет нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности (фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан и (или) медицинских работников, а также приведших к удлинению сроков оказания медицинской помощи);

- мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в клинических подразделениях «ОМС-медицина» в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;

 - анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью пациента при применении лекарственных препаратов;

- анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или в руководстве по эксплуатации медицинских изделий, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий.

3.4. Плановые проверки качества проводятся в соответствии с ежегодным планом, утверждаемым Руководителем «ОМС-медицина», не реже чем 1 раз в месяц.

3.5. Внеплановые (целевые) проверки проводятся:

- при наличии отрицательной динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности, в том числе, установленной в результате плановой проверки;

- при поступлении жалоб граждан по вопросам качества и доступности медицинской помощи, а также жалоб по иным вопросам осуществления медицинской деятельности, содержащим информацию об угрозе причинения и (или) причинении вреда жизни и здоровью граждан;

- во всех случаях летальных исходов и внутрибольничного инфицирования, и осложнений, вызванных медицинским вмешательством.

3.6. В ходе плановых и внеплановых проверок проводится анализ характера, частоты и причин возможных нарушений при оказании медицинской помощи пациенту, приведших к ухудшению состояния здоровья пациента, создавшего риск прогрессирования имеющегося заболевания, создавших риск возникновения нового заболевания, приведших к инвалидности, летальному исходу, а также к неэффективному использованию ресурсов Общества, неудовлетворенности пациента медицинской помощью.

3.7. В ходе проверок должны быть оценены следующие показатели:

3.7.1. Наличие актуальных внешних и внутренних нормативных документов, регламентирующих вопросы организации медицинской деятельности, включая:

- преемственность оказания медицинской помощи;

- оказание медицинской помощи, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций;

- маршрутизацию пациентов, включая организацию консультаций, дополнительных методов обследования в других медицинских организациях;

- перевод пациента в другие медицинские организации, включая перечень медицинских показаний и медицинские организации для перевода;

3.7.2. Обеспечение оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций;

3.7.3. Обеспечение взаимодействия с медицинскими организациями, оказывающими скорую, в том числе скорую специализированную медицинскую помощь, центрами медицины катастроф;

3.7.4. Обеспечение перевода пациента в другие медицинские организации, в обоснованных случаях;

3.7.5. Обеспечение безопасных условий при транспортировке пациента (в пределах МЦ, АО «ЕМЦ» (или) при переводе в другую медицинскую организацию);

3.7.6. Обеспечение преемственности оказания медицинской помощи на всех этапах (в том числе при переводе пациента, выписке, передаче дежурства и иных обстоятельствах) с соблюдением требований к ведению медицинской документации;

3.7.7. Обеспечение получения информированного добровольного согласия пациента или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной врачом в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства. О его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

3.7.8. Наличие внутренних нормативных документов, регламентирующих работу отделения неотложной и экстренной помощи в качестве приемного отделения, в том числе при оказании медицинской помощи в экстренной форме;

3.7.9. Маршрутизация пациентов в зависимости от тяжести состояния и перечня необходимых медицинских вмешательств, включая консультации и дополнительные методы исследований;

3.7.10. Обеспечение своевременного оказания медицинской помощи на всех этапах ее оказания;

3.7.11. Обеспечение экстренного оповещения медицинских работников;

3.7.12. Обеспечение возможности вызова медицинских работников к пациентам, в том числе в палаты;

3.7.13. Обеспечение оказания пациентам медицинской помощи в экстренной форме, включая проведение регулярного обучения, наличие лекарственных препаратов и медицинских изделий для оказания медицинской помощи в экстренной форме;

3.7.14. Обеспечение возможности круглосуточного проведения лабораторных и инструментальных исследований;

3.7.15. Организация безопасной деятельности клинико-диагностической лаборатории, наличие системы идентификации образцов и прослеживаемых результатов;

3.7.16. Обеспечение соблюдения врачебной тайны, в том числе персональных данных, используемых в медицинской информационной системе (ОМИС);

3.7.17. Обеспечение комфортных условий пребывания пациентов, их законных представителей и членов семей пациентов;

3.7.18. Осуществление мероприятий по организации безопасного применения лекарственных препаратов, в том числе:

- обеспечение контроля сроков годности лекарственных препаратов;

- обеспечение контроля условий хранения лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения;

- хранение лекарственных препаратов в специально оборудованных помещениях и зонах для хранения;

- соблюдение требований к назначению лекарственных препаратов, а также учет рисков при применении лекарственных препаратов с внесением сведений в медицинскую документацию пациента;

- осуществление контроля качества письменных назначений лекарственных препаратов;

3.7.19. Осуществление мероприятий по обеспечению эпидемиологической безопасности. В том числе:

 - профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (в том числе внутрибольничных инфекций);

 - проведение микробиологических исследований (включая случаи подозрения и (или) возникновения внутрибольничных инфекций);

 - организация дезинфекции и стерилизации медицинских изделий;

 - обеспечение эпидемиологической безопасности среды (включая расчет потребности в дезинфицирующих и антисептических средствах, контроль их наличия, рациональный выбор дезинфицирующих средств и тактики дезинфекции, обращение с отходами);

 - соблюдение технологии проведения инвазивных вмешательств;

 - обеспечение условий оказания медицинской помощи пациентам, требующим изоляции, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, санитарно-гигиеническими требованиями;

 - соблюдение правил гигиены медицинскими работниками, наличие оборудованных мест для мытья и обработки рук;

 - профилактика инфекций, связанных с осуществлением медицинской деятельности, у медицинских работников (включая использование индивидуальных средств защиты);

 - рациональное использование антибактериальных лекарственных препаратов для профилактики и лечения заболеваний и (или) состояний;

 - проведение противоэпидемических мероприятий при возникновении случая инфекции;

3.7.20. Проведение мониторинга длительности пребывания пациента в стационаре;

3.7.21. Обеспечение идентификации пациента на всех этапах оказания медицинской помощи;

3.7.22. Осуществление мероприятий по безопасному применению медицинских изделий, в том числе:

 - применение медицинских изделий в соответствии с технической и (или) эксплуатационной документацией, включая хранение, транспортировку, эксплуатацию, техническое обслуживание, ремонт и утилизацию;

 - обучение медицинских работников применению и эксплуатации медицинских изделий;

3.7.23. Обеспечение хирургической безопасности на всех этапах и профилактика рисков, связанных с хирургическим вмешательством, в том числе на основе клинических рекомендаций;

3.7.24. Осуществление мероприятий по купированию болевого синдрома.

3.7.25. Осуществление мероприятий по безопасному обращению донорской крови. В том числе:

- анализ случаев реакций и осложнений, возникших в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов;

- предупреждение развития реакций и осложнений, возникающих в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов;

3.7.26. Осуществление мероприятий по организации безопасной среды для пациентов и медицинских работников, в том числе:

- проведение мероприятий по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний;

- обеспечение защиты от травм на рабочем месте элементами медицинских изделий;

- оснащение оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей пациентов с ограниченными возможностями здоровья;

- наличие и исправность систем жизнеобеспечения (включая резервное электроснабжение);

- обеспечение охраны и безопасности (включая организацию доступа, предотвращение и принятие мер в случаях нападения на медицинских работников, угрозах со стороны пациентов или посетителей, в случаях суицида);

- соблюдение мероприятий по обеспечению безопасности при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций;

- обеспечение беспрепятственного подъезда транспорта для медицинской эвакуации;

- сбор и анализ информации обо всех случаях нарушения безопасности среды (включая падение пациентов);

3.7.27. Осуществление мероприятий по обеспечению ухода при оказании медицинской помощи, в том числе:

- оценка риска возникновения пролежней;

- проведение мероприятий по профилактике и лечению пролежней;

- анализ информации о случаях пролежней;

- осуществление ухода за дренажами и стомами;

- кормление пациентов;

3.7.28. Организация мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни;

3.7.29. Организация мероприятий по раннему выявлению онкологических заболеваний;

3.7.30. Обеспечение подачи заявок на доработку и повышение качества функционирования ОМИС, включая информационное взаимодействие с государственными информационными системами в сфере здравоохранения;

3.7.31. Проведение информирования граждан в доступной форме, в том числе с использование сети «Интернет», об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках, об уровне их образования и об их квалификации;

3.7.32. Организации проведения вакцинации пациентов в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

3.7.33. Организация работы дневного стационара в соответствии с порядками оказания медицинской помощи;

3.7.34. Осуществление мероприятий по обеспечению профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации, а также по формированию системы оценки деятельности и развитию кадрового потенциала медицинских работников;

3.7.35. Обеспечение доступа медицинских работников к информации, содержащей клинические рекомендации, порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, а также осуществление мероприятий по информированию медицинских работников об опубликовании новых клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи и их пересмотре.

3.8. Срок проведения плановых и внеплановых проверок не должен превышать 10 рабочих дней.

3.9. Работниками, ответственными за проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, по результатам вышеуказанного контроля незамедлительно принимаются меры по пресечению нарушений требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, в пределах их полномочий. Информация о принятых мерах доводится до сведения Руководителей структурных подразделений.

3.10. По итогам проведенного внутреннего контроля качества медицинской помощи:

3.10.1. разрабатываются предложения по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов;

3.10.2. разрабатываются и реализуются мероприятия по управлению качеством медицинской помощи:

* принятие Руководителем направления «ОМС-медицина» управленческих решений, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;
* планирование мероприятий, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;
* установление сроков реализации мероприятий по контролю качества медицинской помощи.
* формирование рабочих групп и назначение ответственных лиц для осуществления контроля качества медицинской помощи,
* осуществление контроля за реализацией принятых управленческих решений или выполнением плана мероприятий.

3.11. При необходимости реализации мероприятий, направленных на оптимизацию организации оказания медицинской помощи, Руководителями структурных подразделений формируется план мероприятий по управлению качеством медицинской помощи, включающий:

* организационные мероприятия - проведение совещаний, инструктажей, издание приказов, инструкций, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи и др.;
* образовательные мероприятия - проведение клинических разборов, патологоанатомических конференций, научно-практических конференций, направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе внеплановое), обеспечение актуальной медицинской литературой, др.;
* дисциплинарные меры - принятие дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом РФ;
* административные меры;
* мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации;
* мероприятия по развитию кадрового потенциала.

3.12. Для оценки динамики показателей внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи в направлении «ОМС-медицина» (в том числе его структурных подразделениях) анализ результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности проводится по итогам прошедшего квартала и года.

**4. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

4.1. В ходе проверок внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности проводится методами:

4.1.1. Анализ конкретного случая оказания медицинской помощи или совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическому признаку, на основании оценки первичной учетной медицинской документации, иной документации, непосредственного осмотра пациента в соответствии предложением 12:

- сбора жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра;

- плана диагностических мероприятий;

- оформления и обоснования диагноза;

- лечебно-профилактических мероприятий, медицинской реабилитации;

- мероприятий медицинской экспертизы, медицинского освидетельствования;

- сроков оказания медицинской помощи;

- соблюдения преемственности оказания медицинской помощи;

- результатов оказания медицинской помощи;

- качества оформления медицинской документации.

4.1.2. Наблюдение за организацией текущих процессов медицинской деятельности;

4.2. При проведении контроля качества оцениваются соблюдение установленных порядков оказания и стандартов медицинской помощи, своевременность, эффективность и безопасность оказания медицинской помощи (оптимальность выбора медицинских технологий с учетом минимизации риска их применения, принятие адекватных мер профилактики ятрогенных осложнений, соблюдение правил хранения и применения лекарственных препаратов, расходных материалов, обеспечение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в соответствии с санитарно-эпидемиологическими нормами и правилами, др.).

4.3. Председатель Комиссии в зависимости от рассматриваемого по существу вопроса имеет право вводить в состав Комиссии врача-специалиста любого профиля, также привлекать к работе Комиссии сотрудников, отделов и служб для проведения объективной оценки безопасности медицинской деятельности.

4.4. Контроль качества медицинской помощи не может проводиться ответственными за проведение контроля в случаях, когда медицинская помощь оказывалась самими ответственными за проведение контроля.

4.5. Контроль качества медицинской помощи проводится по случаям медицинской помощи (законченным или незаконченным), оказанной в МЦ «ОМС-медицина», независимо от источника финансирования оказанной медицинской помощи, должностей и квалификации работников, оказывавших медицинскую помощь, диагноза, возраста пациентов, оформления листка нетрудоспособности и других факторов.

4.6. Дирекцией по управлению персоналом и Руководителями МЦ обеспечивается прохождение ответственными лицами за проведение контроля тематического повышения квалификации по контролю качества медицинской помощи с установленной периодичностью.

4.7. Контроль качества медицинской помощи проводится по медицинской документации (медицинской карте амбулаторного больного, медицинской карте стационарного больного, иной медицинской документации, содержащей информацию о медицинской помощи, оказанной в конкретном проверяемом случае), а также при опросах персонала, пациентов, наблюдении за рабочими процессами в подразделениях «ОМС-медицина».

4.8. В обязательном порядке контролю качества медицинской помощи подлежат следующие случаи:

4.8.1. В амбулаторных условиях:

* летальных исходов у лиц трудоспособного возраста;
* случаи оказания медицинской помощи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, внутрибольничным инфицированием, нежелательными реакциями на применение лекарственных препаратов, неблагоприятными событиями, связанными с применением, хранением, обработкой, обслуживанием, утилизацией медицинских изделий;
* заболеваний с удлиненным или укороченным сроком лечения более, чем на 50% от установленного стандартом медицинской помощи, методическими рекомендациями;
* расхождения заключительного клинического диагноза, установленного в амбулаторных и стационарных условиях;
* расхождения заключительного клинического диагноза и патологоанатомического диагноза;
* первичного выявления у пациентов социально-значимых хронических заболеваний в поздних стадиях;
* сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на доступность и качество оказания медицинской помощи (Анкета врача – Приложение 5), а также жалоб по иным вопросам осуществления медицинской деятельности, содержащим информацию об угрозе причинения и (или) причинении вреда жизни и здоровью граждан;
* выявления дефектов оказания медицинской помощи контролирующими органами и организациями.

4.8.2. В стационарных условиях:

* летальных исходов у лиц трудоспособного возраста;
* случаи оказания медицинской помощи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, внутрибольничным инфицированием, нежелательными реакциями на применение лекарственных препаратов, неблагоприятными событиями, связанными с применением, хранением, обработкой, обслуживанием, утилизацией медицинских изделий;
* повторной госпитализации пациента по поводу одного и того же заболевания в течение трех месяцев, если госпитализация не была ранее запланирована;
* заболеваний с удлиненным или укороченным сроком лечения более, чем на 50% от установленного стандартом медицинской помощи;
* расхождений заключительного клинического диагноза и патологоанатомического диагноза;
* расхождений клинического диагноза до и после проведения оперативного вмешательства;
* сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на доступность и качество оказания медицинской помощи (Анкета врача - Приложение 5);
* выявления дефектов оказания медицинской помощи контролирующими органами и организациями.

4.9. Случаи, подлежащие контролю качества медицинской помощи в обязательном порядке, отбираются для проверки и проверяются в первую очередь.

4.10. Все прочие случаи оказания медицинской помощи должны иметь равную возможность быть подвергнутыми проверке.

4.11. Отбор случаев для проведения проверки осуществляется во всех медицинских подразделениях «ОМС-медицина», в соответствии с закреплением обязанностей по контролю качества медицинской помощи за конкретными ответственными за проведение контроля сотрудниками, назначенными приказами.

4.12. В случае необходимости, может быть проведена проверка совокупности случаев, отобранных по тематическому признаку или выборочный контроль по репрезентативной случайной выборке.

4.13. Контроль качества осуществляется путем оценки конкретного случая оказания медицинской помощи (согласно рекомендациям по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях города Москвы (приложение 1 к приказу ДЗМ от 16.08.2013 № 820, а также на основе утвержденных стандартов ISO и JCI).

4.14. **Порядок рассмотрения обращений (граждан, страховых медицинских организаций, организаций уполномоченных)**

1) Цель – установление единых правили порядка регистрации и обработки обращений, а также выработке мер по повышению удовлетворенности пациентов АО «Европейский медицинский центр» ОМС Медицина (далее – АО «ЕМС», Общества).

2) Каналы сбора обращений

В Обществе действуют следующие каналы сбора обратной связи, сгруппированные по видам:

- Анкета на сайте «Московского Международного онкологического центра» («ММОЦ»);

- Анкета стационара;

- Книга жалоб и предложений;

- Письменное обращение;

- Электронная почта (двухсторонний канал – рассылка анкеты обратной связи от АО «ЕМС», электронные письма от пациентов);

- Устные обращения (устный контакт с пациентом в медицинском центре, горячая линия);

- Иное.

3) Схема процесса обработки обращений обратной связи (Приложение 13)

1) Прием и регистрация;

2) Анализ поступившей информации;

3) Выработка решения;

4) Информирование сторон.

4) Все обращения, переданные из CRM системы (Customer Relationship Management - система управления взаимоотношениями с клиентом) АО «ЕМС» направляются в Отдел по работе с пациентами, далее из отдела по работе с пациентами распределяются в соответствии с компетенцией направлений АО «ЕМС» ОМС Медицина:

- Начальнику Отдела медицинских проектов и контроля качества медицинской помощи (далее «ОМПиКК»);

- Старшему администратору Отдела маршрутизации и сопровождения пациентов (административный отдел) и разделяются на медицинские и не медицинские обращения.

Старший администратор ведет статистический учет всех обращений.

5) Сроки обработки обращений граждан (пациентов).

Жалоба рассматривается в течении 10 дней с момента регистрации в АО «ЕМС». В тех случаях, когда для рассмотрения обращения необходимо проведение специальной проверки, истребование дополнительных материалов либо принятие других мер, срок рассмотрение обращения может быть продлен, но не более чем на 30 календарных дней, с уведомлением об этом в письменном виде заявителя.

1.Работа с обращением

1.1 Все обращения распределяются по исполнителям из числа специалистов «ОМПиКК». Исполнителя в (системе электронного документа оборота) назначает начальник «ОМПиКК».

1.2 Исполнитель берет обращение в работу и вдень поступления обращения направляет его соответствующим адресатам.

1.3 При получении жалобы:

Старший администратор Отдела маршрутизации и сопровождения пациентов передает жалобу Руководителю и специалистам Отдела медицинских проектов и контроля качества медицинской помощи для дальнейшего разбора.

1.4 Руководитель отдела (поручает заведующему отделения / исполнителю) собрать объяснительные записки с задействованных сотрудников, при необходимости – просматривает камеры видеонаблюдения, электронные письма, слушает звонки, анализирует записи в ОМИС, запрашивает дополнительную информацию или уточняющие комментарии, делает свое заключение по ситуации с оформлением прокола ВК (врачебная комиссия), в случае обоснованности жалобы предлагает пути решения ситуации и составляет план по улучшению, с указанием сроков и ответственных сотрудников.

1.5 После формирования окончательной позиции по жалобе сотрудник «ОМПиКК» готовит ответ на обращение в зависимости от канала поступления жалобы, желания пациента и решения руководства:

\* Устный ответ – с пациентом связывается Руководитель (или сотрудник по поручению Руководителя) Отдела медицинских проектов и контроля качества медицинской помощи. В особых случаях, по решению Медицинского директора или руководителя Отдела медицинских проектов и контроля качества медицинской помощи, с пациентом связываются сотрудники Медицинской дирекции.

Сотрудник, в адрес которого поступила жалоба, связываться с заявителем и уточняет все обстоятельства по данному заявлению.

\* Письменный ответ – готовится сотрудником Отдела медицинских проектов и контроля качества медицинской помощи или Заведующим профильного отделения на основе собранных материалов, который направляется руководителю «ОМПиКК», для окончательного согласования с юридическим отделом и последующего официального ответа от имени Организации заявителю.

1.6 Согласованный ответ направляется в теле письма на электронную почту заявителю, либо оформляется на бланке Общества и подписывается ответственным лицом, после чего также направляется на электронную почту заявителю.

1.7 Все материалы по обращению граждан специалист Отдела медицинских проектов и контроля качества медицинской помощи формирует в пакет документов и по каждому обращению направляет их в архив.

1.8 По итогам месяца все жалобы рассматриваются руководителями направлений и классифицируются на обоснованные и не обоснованные. По результатам встреч разрабатывается план по улучшению, с определением сроков и ответственных (План корректирующих мероприятий).

1.9 После проведения встреч руководители отделов и отделений информируются о принятых решениях и поставленных задачах. Руководители отделов и отделений ежеквартально (при необходимости – чаще) формируют план действий по снижению риска повторений жалоб, с указанием сроков и ответственных.

2. Руководитель «ОМПиКК» контролирует выполнение планов стратегических улучшений по снижению количества жалоб в отделении путем плановых и внеплановых проверок.

2.1 Статистика по жалобам презентуется Руководителям медицинских подразделений.

## 5. ФОРМЫ И ОБЪЕМЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

5.1. Формами контроля качества являются:

* текущий контроль качества осуществляется преимущественно на первом уровне, направлен на выявление отклонений в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) и принятие необходимых мер по их устранению;
* второй уровень контроля качества, осуществляется врачами-методистами и врачами-экспертами, направлен на проверку ошибок, оценку риска и расчета KPI.
* заключительный контроль качества осуществляется преимущественно на втором и третьем уровнях по результатам законченных случаев оказания медицинской помощи, направлен на предупреждение и пресечение дефектов оказания медицинской помощи;
* ретроспективный контроль качества осуществляется преимущественно на втором и третьем уровнях, направлен на совершенствование организации и оказания медицинской помощи.

5.2. Устанавливаются следующие обязательные объемы проведения контроля качества:

* для заведующих структурными подразделениями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях и вне МЦ - ежемесячно не менее 0,5% от числа законченных случаев оказания медицинской помощи;
* для заведующих структурными подразделениями, оказывающими медицинскую помощь в условиях дневного стационара и в стационарных условиях – устанавливается % (для каждого отделения свой) от числа законченных случаев оказания медицинской помощи в соответствии с Приложением 1;
* для ответственного за контроль качества лица - ежемесячно не менее 10% законченных случаев оказания медицинской помощи (в том числе случаев контроля качества первого уровня).

5.3. В ходе контроля достоверности и корректности сведений персонифицированного учета, статистической отчетности или данных мониторинга оценивается:

* соблюдение требований законодательства об охране здоровья граждан, при ведении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной в МЦ;
* достоверность сведений, содержащихся в формах статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения, данных мониторинга;

5.4. Внутренний контроль достоверности и корректности представляемых сведений осуществляется непрерывно Руководителем МЦ, его заместителями, иными должностными лицами, организующими и осуществляющими ведение персонифицированного учета, составление и утверждение форм статистического учета и отчетности, данных мониторинга.

5.5. Объектом внутреннего контроля безопасности медицинской деятельности являются условия труда медицинских работников, применение и эксплуатация медицинских изделий, их утилизация (уничтожение), а также соблюдение установленных для медицинских и фармацевтических работников ограничений.

5.6. Административный контроль, в соответствии с графиком проведения проверок, осуществляется уполномоченными сотрудниками направления «ОМС-медицина», а также представителями АО «ЕМЦ» (Юридического отдела, Дирекции по управлению персоналом, Специалистом по охране труда, Директором по инженерно-техническому обеспечению, Директором по безопасности, а также сотрудниками других дирекций и департаментов, в соответствии со своими должностными обязанностями в рамках своих полномочий) (Приложение 6).

5.7. В ходе контроля за безопасностью условий труда, применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению) оценивается:

* соблюдение требований трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права;
* соблюдение государственных нормативных требований охраны труда;
* состояние рабочих мест;
* предоставление работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, компенсаций, установленных по результатам аттестации рабочих мест по условиям труда;
* обеспеченность работников средствами индивидуальной защиты, молоком или продуктами его заменяющими, лечебно-профилактическим питанием;
* соблюдение требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению), в том числе обучение работников безопасным методам и приемам применения и эксплуатации медицинских изделий;
* соблюдение требований к состоянию помещений, в которых располагаются медицинские изделия или проводится их уничтожение (утилизация);
* соблюдение:
* требований безопасности медицинских изделий, предусмотренных технической и эксплуатационной документацией производителя;
* требований к утилизации (уничтожению) медицинских изделий, предусмотренных технической и эксплуатационной документацией производителя;
* правил в сфере обращения медицинских изделий, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации;
* обязанностей по сообщению сведений, указанных в части 3 статьи 96 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5.8. Ответственными за проведение контроля по результатам контроля качества медицинской помощи незамедлительно принимаются меры по недопущению повторения выявленных дефектов медицинской помощи в случаях, если принятие вышеназванных мер находится в пределах их полномочий. В иных случаях предложения доводятся до Генерального директора, и Руководителя направления «ОМС-медицина».

5.9. По результатам анализа мониторинга показателей качества медицинской помощи, при отклонении показателей от целевых значений или при выявлении отрицательной динамики показателей в МЦ разрабатываются и проводятся мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших снижение качества, доступности или эффективности оказываемой медицинской помощи.

5.10. Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается Руководителем направления «ОМС-медицина».

## 6. ОФОРМЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

6.1 По результатам плановых и внеплановых (целевых) проверок Комиссией составляется отчет, включающий в том числе выработку мероприятий по устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности структурного подразделения и (или) МЦ в целом, а также отдельных и (или) группы работников.

6.2. Результаты контроля качества на первом уровне фиксируются в Карте внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (Приложение 1).

6.3. Ответственные за контроль качества медицинской помощи фиксируют результаты контроля качества в Карте внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и в Журнале внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (Приложение 2).

6.4. Для оперативной подготовки Отчетов по итогам внутреннего контроля Карты и Журналы ведутся в электронном виде в формате Excel, позволяющем проводить статистический анализ в различных разрезах (по отделениям, нозологиям, отчетным периодам и т.д. и обеспечивать хранение данных для их последующего использования.

6.5. В случаях выявления дефектов медицинской помощи или некачественно оказанной медицинской помощи информация о результатах проведенного контроля качества медицинской помощи доводится до сведения медицинских работников, оказывавших медицинскую помощь в конкретном проверенном случае, при необходимости – под подпись.

6.6. Протоколы по контролю качества медицинской помощи хранятся не менее 10 лет.

6.7. В случаях, требующих проведения детальной экспертной оценки (в случаях летальных исходов, ятрогенных осложнений, жалоб пациентов и других), результаты проведенного контроля качества медицинской помощи могут быть оформлены на отдельном листе, с регистрацией в протоколе по контролю качества медицинской помощи.

6.8. Учет результатов проведенного контроля качества медицинской помощи осуществляется в МЦ в форме отчетов ежемесячно и по итогам прошедшего года на каждом уровне контроля качества медицинской помощи и по «ОМС-медицина» в целом.

6.9. Отчеты о проведенном контроле качества медицинской помощи по МЦ в целом (или в разрезе подразделений) доводятся до Руководителя «ОМС-медицина» и Генерального директора УК АО «ЕМЦ».

6.10. Сведения о результатах проведенного контроля качества медицинской помощи предоставляются в контролирующие органы в установленном порядке.

6.11. В целях обеспечения динамического контроля за результатами деятельности МЦ, по итогам прошедшего квартала в МЦ рассчитываются и анализируются показатели для проведения мониторинга качества медицинской помощи, отражающие объемы, доступность, качество и эффективность оказываемой медицинской помощи (Приложение 4 ).

6.12. Результаты внутреннего контроля безопасности медицинской деятельности фиксируются в «Карте контроля соблюдения безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий» (Приложение 3).

6.13. Карта предоставляется ежеквартально Руководителю «ОМС-медицина» инженером по охране труда.

6.14. Комиссией по контролю качества и безопасности медицинской деятельности не реже 1 раза в полугодие, а также по итогам года формируется сводный отчет, содержащий информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности (Приложение 9), на основании которого Руководителем «ОМС-медицина» утверждается перечень корректирующих мер.

## 7. ФОРМЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ И САМОКОНТРОЛЯ

В Обществе разработаны следующие формы для заполнения при проведении проверок, контроля и самоконтроля:

7.1. «Карта внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» - Приложение 1;

7.2. «Журнал внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» - Приложение 2;

7.3. «Карта контроля соблюдения безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий» - Приложение 3;

7.4. «Форма ежемесячного отчета по мониторингу качества медицинской помощи в виде таблицы» - Приложение 4;

7.5. «Анкета врача» - Приложение 5;

7.6. «Отчет по индивидуальному трейсеру пациента» - Приложение 6;

7.7. «Отчет о проведении проверки» - Приложение 7;

7.8. «Контрольный лист оценки качества медицинской помощи» - Приложение 8

7.9. «Сводный отчет о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности» - Приложение 9;

7.10. «Алгоритм описания исследования ПЭТ - КТ» - Приложение 10;

7.11. «Алгоритм описания исследования МРТ, КТ» - Приложение 11;

7.12. «Алгоритм описания истории болезни» – Приложение 12.

## 8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Все лица, принимающие участие в проведении контроля, несут ответственность за:

8.1. Соблюдение утвержденного порядка проведения внутреннего контроля;

8.2. Своевременное и качественное выполнение обязанностей;

8.3. Обеспечение сохранности и конфиденциальности в работе с информацией и документами;

8.4. Объективность оценки качества оказанной медицинской помощи при проведении контроля качества медицинской помощи в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями, а также другими внешними и внутренними регламентирующими документами.

## 9. ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Номера измененных/дополненных пунктов** | **Изменение провел** | **№ версии** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

## 10. Приложение 1

## Карта внутреннего контроля качества и безопасности

## медицинской деятельности

**Отделение радионуклидной диагностики**

|  |  |
| --- | --- |
| Отделение РНД | Коэффициент качества медицинской помощи |
|  | баллы | зав. отделением | зам. МД по ККМП | примечания |
| **1. Соблюдение требований Приказа ДЗМ от 24.11.2021 №1149** |
| 1.1. В полном объеме | 1 |  |  |  |
| 1.2. Отсутствует | 0 |  |  |  |
| **2. Контроль предыдущего этапа услуги (направительные документы, назначения, параметры исследования и пр.)** |
| 2.1. В полном объеме | 1 |  |  |  |
| 2.2. Отсутствует | 0 |  |  |  |
| **3. Описание динамики, при наличии предыдущих релевантных исследований на электронном носителе, загруженных в МИС АО ЕМЦ** |
| 3.1.Соблюдены в полном объеме | 1 |  |  |  |
| 3.2. Не соблюдены | 0 |  |  |  |
| **4. Соблюдение стандартов алгоритма описания исследования ПЭТ-КТ** |
| 4.1. Соблюдены в полном объеме | 1 |  |  |  |
| 4.2. Соблюдены не в полном объеме (замечания общего характера) | 0,1 |  |  |  |
| 4.3. Соблюдены Не в полном объеме (не значимое расхождение) | 0,5 |  |  |  |
| 4.4. Не соблюдены (значимое расхождение, пропуск находки, ложная находка, некорректная интерпретация) | 0 |  |  |  |
| **5. Соблюдение стандарта протокола исследования** |
| 5.1. Соблюдены в полном объеме | 1 |  |  |  |
| 5.2.Соблюдены не в полном объеме | 0,5 |  |  |  |
| 5.3. Не соблюдены  | 0 |  |  |  |
| **6. Сроки описания исследования врачом ОРНД в течении двух календарных дней с даты проведения исследования.** |
| 6.1. В полном объеме | 1 |  |  |  |
| 6.2. Отсутствует | 0 |  |  |  |
| **7. Преемственность, этапность оказания МП в АО «ЕМЦ», рекомендации консультаций специалистов АО «ЕМЦ» по актуальной потребности**. |
| 7.1. Соблюдены в полном объёме |  |  |  |  |
| 7.2. Соблюдены не в полном объёме, что не повлияло на исход заболевания |  |  |  |  |
| 7.3. Соблюдены не в полном объеме, что повлияло на исход заболевания |  |  |  |  |
| Итого |  |  |  |  |
| Коэффициент (средний бал)  |  |  |  |  |

**Отделение амбулаторно-поликлиническое АО «ЕМЦ»**

|  |  |
| --- | --- |
| Отделение амбулаторно-поликлиническое | Коэффициент качества медицинской помощи |
|  | баллы | зав. отделением | зам. МД по ККМП | примечания |
| 1. Соблюдение требований Приказа ДЗМ от 17.04. 2017 №289 «Об организации направления пациентовна позитронно-эмиссионную томографию, совмещеннуюс рентгеновской компьютерной томографией» |
| 1.1. В полном объеме | 1 |  |  |  |
| 1.2. Отсутствует | 0 |  |  |  |
| 2.Контроль предыдущего этапа услуги (направительные документы, назначения, параметры исследования и пр.): |
| 2.1. В полном объеме | 1 |  |  |  |
| 2.2. Отсутствует | 0 |  |  |  |
| 3. Соблюдение стандартов протокола исследования (физиологическое наполнение): |
| 3.1. Соблюдены в полном объеме | 1 |  |  |  |
| 3.2. Соблюдены не в полном объеме | 0,5 |  |  |  |
| 3.3. Не соблюдены | 0 |  |  |  |
| 4. Соблюдение стандартов протокола исследования (патологическое наполнение): |
| 4.1. Соблюдены в полном объеме | 1 |  |  |  |
| 4.2. Соблюдены не в полном объеме | 0,5 |  |  |  |
| 4.3. Не соблюдены | 0 |  |  |  |
| 5. Соблюдение стандарта протокола исследования: |
| 5.1. В полном объеме | 1 |  |  |  |
| 5.2. Не в полном объеме | 0,5 |  |  |  |
| 5.3. Отсутствует | 0 |  |  |  |
| 6. Сроки описания динамики, при наличии предыдущих релевантных исследований на электронном носителе, загруженных в ОМИС |
| 6.1. В полном объеме | 1 |  |  |  |
| 6.2. Не в полном объеме | 0,5 |  |  |  |
| 6.3. Отсутствует | 0 |  |  |  |
| 7. Преемственность, этапность: |
| 7.1. Соблюдены в полном объёме | 1 |  |  |  |
| 7.2. Соблюдены не в полном объёме, что не повлияло на исход заболевания | 0,5 |  |  |  |
| 7.3. Соблюдены не в полном объеме, что повлияло на исход заболевания | 0 |  |  |  |
| Итого |  |  |  |  |
| Коэффициент (средний бал)  |  |  |  |  |

**Амбулаторно-поликлиническое отделение ОП «Солнцево»**

|  |  |
| --- | --- |
|   | Коэффициент качества медицинской помощи |
|  | баллы | зав. отделением | зам. МД по КМП | примечания |
| 1. Описание жалоб и анамнеза: |
| 1.1. В полном объеме | 1 |  |  |  |
| 1.2. Не в полном объеме | 0,5 |  |  |  |
| 1.3. Отсутствует | 0 |  |  |  |
| 2.Объективный осмотр: |
| 2.1. В полном объеме | 1 |  |  |  |
| 2.2. Не в полном объеме | 0,5 |  |  |  |
| 2.3. Отсутствует | 0 |  |  |  |
| 3. Оформление диагноза основного и сопутствующего (клинически значимого) заболеваний: |
| 3.1. В полном объеме | 1 |  |  |  |
| 3.2. Не в полном объеме | 0,5 |  |  |  |
| 3.3. Отсутствует | 0 |  |  |  |
| 4. Сроки оказания медицинской помощи: |
| 4.1. Соответствуют стандарту медицинской помощи (обоснованно занижены или завышены | 1 |  |  |  |
| 4.2. Необоснованно занижены или завышены, что не повлияло на исход заболевания  | 0,5 |  |  |  |
| 4.3. Не соответствуют стандарту медицинской помощи, что повлияло на исход заболевания  | 0 |  |  |  |
|  |
| 5. Преемственность, этапность: |
| 5.1. Соблюдены в полном объеме | 1 |  |  |  |
| 5.2. Соблюдены не в полном объеме, что не повлияло на исход заболевания  | 0,5 |  |  |  |
| 5.3. Соблюдены не в полном объеме, что повлияло на исход заболевания  | 0 |  |  |  |
| 6. Оформление медицинской документации |
| 6.1. В полном объеме | 1 |  |  |  |
| 6.2. Не в полном объеме | 0,5 |  |  |  |
| 6.3. Отсутствуют | 0 |  |  |  |
| Итого |  |  |  |  |
| Коэффициент (средний бал) |  |  |  |  |

**Отделение лучевой терапии АО «ЕМЦ»**

|  |  |
| --- | --- |
| Отделение лучевой терапии | Коэффициент качества медицинской помощи |
|  | баллы | зав. отделением | зам. МД по КМП | примечания |
| 1. Описание жалоб и анамнеза: |
| 1.1. В полном объеме | 1 |  |  |  |
| 1.2. Не в полном объеме | 0,5 |  |  |  |
| 1.3. Отсутствует | 0 |  |  |  |
| 2.Объективный осмотр: |
| 2.1. В полном объеме | 1 |  |  |  |
| 2.2. Не в полном объеме | 0,5 |  |  |  |
| 2.3. Отсутствует | 0 |  |  |  |
| 3. Оформление диагноза основного и сопутствующего (клинически значимого) заболеваний: |
| 3.1. В полном объеме | 1 |  |  |  |
| 3.2. Не в полном объеме | 0,5 |  |  |  |
| 3.3. Отсутствует | 0 |  |  |  |
| 4. Сроки оказания медицинской помощи: |
| 4.1. Соответствуют стандарту медицинской помощи (обоснованно занижены или завышены | 1 |  |  |  |
| 4.2. Необоснованно занижены или завышены, что не повлияло на исход заболевания  | 0,5 |  |  |  |
| 4.3. Не соответствуют стандарту медицинской помощи, что повлияло на исход заболевания  | 0 |  |  |  |
|  |
| 5. Преемственность, этапность: |
| 5.1. Соблюдены в полном объеме | 1 |  |  |  |
| 5.2. Соблюдены не в полном объеме, что не повлияло на исход заболевания  | 0,5 |  |  |  |
| 5.3. Соблюдены не в полном объеме, что повлияло на исход заболевания  | 0 |  |  |  |
| 6. Оформление медицинской документации |
| 6.1. В полном объеме | 1 |  |  |  |
| 6.2. Не в полном объеме | 0,5 |  |  |  |
| 6.3. Отсутствуют | 0 |  |  |  |
| Итого |  |  |  |  |
| Коэффициент (средний бал) |  |  |  |  |

**Отделение лучевой диагностики**

|  |  |
| --- | --- |
| отделение лучевой диагностики | Коэффициент качества медицинской помощи |
|  | баллы | зав. отделением | зам. МД по ККМП | примечания |
| 1. Оформление медицинской документации |
| 1.1. В полном объеме | 1 |  |  |  |
| 1.2. Не в полном объеме | 0,5 |  |  |  |
| 1.3. Отсутствует | 0 |  |  |  |
| 2. Дефекты при проведении исследования |
| 2.1. Не выявлены | 1 |  |  |  |
| 2.2. Выявлены, но не влияют на результат исследования | 0,5 |  |  |  |
| 2.3. Выявлены, но влияют на результат исследования | 0 |  |  |  |
| 3. Диагностические мероприятия по основному и сопутствующему (клинически значимому) заболеванию |
| 3.1. Отсутствуют | 1 |  |  |  |
| 3.2 Присутствуют, но не привели к ошибочному заключению | 0,5 |  |  |  |
| 3.3 Присутствуют и привели к ошибочному заключению | 0 |  |  |  |
| 4. Дефекты при формировании заключения |
| 4.1. Отсутствуют | 1 |  |  |  |
| 4.2. Присутствуют, но не привели к ошибочному заключению | 0,5 |  |  |  |
| 4.3. Присутствуют и привели к ошибочному заключению | 0 |  |  |  |
| 5. Сроки получения результатов исследования |
| 5.1. Соблюдены | 1 |  |  |  |
| 5.2. Не соблюдены, но не это не повлияло на исход заболевания | 0,5 |  |  |  |
| 5.3. Не соблюдены, и это не повлияло на исход заболевания | 0 |  |  |  |
| 6. Преемственность, этапность: |
| 6.1. Соблюдены в полном объеме | 1 |  |  |  |
| 6.2. Соблюдены не в полном объеме, что не повлияло на исход исследования  | 0,5 |  |  |  |
| 6.3. Соблюдены не в полном объеме, что повлияло на исход исследования  | 0 |  |  |  |
| 7. Сложность проведенных исследований в условных единицах |
| 7.1. 40 условных единиц и более\* | 1 |  |  |  |
| 7.2. 20 условных единиц и более до 40\* | 0,5 |  |  |  |
| 7.3. менее 10 условных единиц\* | 0 |  |  |  |
| Итого |  |  |  |  |
| Коэффициент (средний бал) |  |  |  |  |

\*В соответствии с Приказом МЗ РФ от 30.11.1993 №283.

**Отделение радионуклидной терапии**

|  |  |
| --- | --- |
| отделение радионуклидной терапии | Коэффициент качества медицинской помощи |
|  | баллы | зав. отделением | зам. МД по ККМП | примечания |
| 1. Объективный осмотр |
| 1.1. В полном объеме | 1 |  |  |  |
| 1.2. Не в полном объеме | 0,5 |  |  |  |
| 1.3. Отсутствует | 0 |  |  |  |
| 2. Диагностические мероприятия по основному и сопутствующему (клинически значимому) заболеванию |
| 2.1. Проведены своевременно, в полном объеме, соответствуют стандарту медицинской помощи | 1 |  |  |  |
| 2.2. Проведены своевременно, но не соответствует стандарту медицинской помощи, что не повлияло на исход заболевания | 0,5 |  |  |  |
| 2.3. Проведены не своевременно, не соответствуют стандарту медицинской помощи, что повлияло на исход заболевания | 0 |  |  |  |
| 3. Госпитализация (в дневной стационар) |
| 3.1. Обоснованно, соответствует профилю медицинской деятельности | 1 |  |  |  |
| 3.2 Обоснованно, но не соответствует профилю медицинской деятельности | 0,5 |  |  |  |
| 3.3 Необоснованно, не соответствует профилю медицинской деятельности  | 0 |  |  |  |
| 4. Оформление медицинской документации |
| 4.1. Удовлетворительное, в полном объеме  | 1 |  |  |  |
| 4.2. Не в полном объеме, имеются отдельные дефекты | 0,5 |  |  |  |
| 4.3. Неудовлетворительное, отсутствует  | 0 |  |  |  |
| 5. Преемственность, этапность: |
| 5.1. Соблюдены в полном объеме | 1 |  |  |  |
| 5.2. Соблюдены не в полном объеме, что не повлияло на исход исследования  | 0,5 |  |  |  |
| 5.3. Соблюдены не в полном объеме, что повлияло на исход исследования  | 0 |  |  |  |

Характеристика дефектов и их влияние на результат оказания

 медицинской помощи

┌─────────────────────────────────────────────────────────────────────────┐

│ │

├─────────────────────────────────────────────────────────────────────────┤

│ │

├─────────────────────────────────────────────────────────────────────────┤

│ │

└─────────────────────────────────────────────────────────────────────────┘

Внутренний контроль качества и безопасности

медицинской деятельности проводил:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

должность подпись, дата Ф.И.О.

С результатами внутреннего контроля качества

и безопасности медицинской деятельности ознакомлен:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

должность подпись, дата Ф.И.О.

## 11. Приложение 2

## Журнал внутреннего контроля качества и безопасности

## медицинской деятельности

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Проверяемый период (месяц), дата проведения контроля качества | Структурное подразделение, число пролеченных больных | Количество проверенных случаев оказания медицинской помощи | Количество случаев оказания медицинской помощи с выявленными дефектами оказания медицинской помощи (абс. и %) | Коэффициент качества | Принятые управленческие решения |
| Диагностические мероприятия | Оформление, обоснование диагноза | Лечебно- профилактические мероприятия | Сроки оказания, преемственность этапов | Оформление медицинской документации |
| 1 | 2 | 3 | 4 |  5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Инструкция по заполнению формы**

**Журнал внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности**

1. В 1 графе - указывается порядковый номер внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Нумерация обнуляется с начала каждого календарного года.

1. Во 2 графе - указываются проверяемый период (месяц) и дата проведения контроля качества (число, месяц, год).
2. В 3 графе - указывается наименование структурного подразделения медицинской организации и количество пролеченных больных за проверяемый период (месяц).
3. В 4 графе - указывается абсолютное число случаев оказания медицинской помощи, подвергнутых контролю качества, и процент от общего числа пролеченных больных.
4. В графах с 5 по 9 - указываются выявленные при проведении контроля качества дефекты оказания медицинской помощи (абсолютное число и %):

в 5 графе - указываются дефекты, допущенные при проведении диагностических мероприятий, в том числе при сборе жалоб, анамнеза, объективном осмотре;

в 6 графе - указываются дефекты, допущенные при постановке, формулировке, обосновании диагноза;

в 7 графе - указываются дефекты, допущенные при проведении лечебно-профилактических мероприятий, в том числе, при проведении оперативных вмешательств, оказании анестезиологического пособия, реанимационных мероприятий;

в 8 графе - указываются дефекты по срокам оказания, преемственности и этапности оказания медицинской помощи;

в 9 графе — указывается оценка оформления медицинской документации.

1. В 10 графе дается итоговая оценка качества медицинской помощи с указанием общего среднего балла по структурному подразделению:

качественно оказанная медицинская помощь - коэффициент качества 1,0 - 0,8;

**качественно** оказанная медицинская помощь, сопровождавшаяся единичными дефектами оказания медицинской помощи, которые не привели к ухудшению состояния здоровья пациента - коэффициент качества 0,7 - 0,6;

некачественно оказанная медицинская помощь - коэффициент качества 0,5 - 0.

1. В графе 11 - указываются управленческие решения, принятые ответственным лицом по итогам проведенного внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

## 12. Приложение 3

## Карта контроля соблюдения безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий

1. Медицинская организация
2. Структурное подразделение
3. Зав. структурным подразделением

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | баллы | Коэффициент качества |
| 1. Соблюдение требований охраны труда: |   |   |
| 1.1.  соответствует | 1 |
| 1.2.  соответствует не в полном объеме | 0,5 |
| 1.3.  не соответствует | 0 |
| 2. Соблюдение требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации: |   |   |
| 2.1.  соответствует | 1 |
| 2.2. соответствует не в полном объеме | 0,5 |
| 2.3. не соответствует | 0 |
| 3. Обучение работников безопасным методам и приемам применения и эксплуатации медицинских изделий: |   |   |
| 3.1. проведено в соответствии с графиком обучения | 1 |
| 3.2. проводится, но график обучения не соблюдается 3.3 обучение не проводится, график обучения отсутствует | 0,5 |
| 3.3.  обучение не проводится, график обучения отсутствует | 0 |
| 4. Состояние помещений, в которых хранятся лекарственные препараты, медицинские изделия или проводится их уничтожение (утилизация): |   |   |
| 4.1. соответствует нормативным требованиям | 1 |
| 4.2. соответствует нормативным требованиям не в полном объеме | 0,5 |
| 4.3. не соответствует нормативным требованиям | 0 |
| 5. Соблюдение требований по безопасности использования медицинских изделий, предусмотренных документацией производителя: |   |   |
| 5.1.  соответствует требованиям | 1 |
| 5.2.  соответствует требованиям не в полном объеме | 0,5 |
| 5.3.  не соответствует требованиям | 0 |
| 6. Соблюдение требований к утилизации (уничтожению) медицинских изделий, предусмотренных технической и эксплуатационной документацией производителя: |   |   |
| 6.1. соответствует требованиям | 1 |
| 6.2. соответствует требованиям не в полном объеме | 0,5 |
| 6.3. не соответствует требованиям | 0 |
| 7. Выполнение правил в сфере обращения медицинских изделий: |   |   |
| 7.1. соответствует требованиям | 1 |
|  |  |  |
| 7.2. соответствует требованиям не в полном объеме | 0,5 |
| 7.3. не соответствует требованиям | 0 |
| 8. Информирование о побочных действиях, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий: |   |   |
| 8.1. информирование своевременно, в полном объеме | 1 |
| 8.2. информирование своевременно, не в полном объеме | 0,5 |
| 8.3. информирование отсутствует | 0 |
| ИТОГО | средний | средний |
| балл | балл |
| Коэффициент качества |   |   |
| ХОРОШО | 1 -0,8 |   |
| УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО | 0,7-0,6 |
| НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО | 0,5-0 |

 Внутренний контроль безопасности медицинской деятельности проводится ответственным работником медицинской организации, инженеров по медтехнике, специалиста по охране труда, назначенными приказом Генерального директора ЕМС

**Внутренний контроль безопасности медицинской деятельности проводил:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

должность подпись, дата Ф.И.О.

**С результатами внутреннего контроля безопасности медицинской деятельности ознакомлен:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

должность подпись, дата Ф.И.О.

## 13. Приложение 4

## Форма ежемесячного отчета

## по мониторингу качества медицинской помощи

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование Медицинского подразделенияЕМЦ | Всего посещений по заболеванию | Количество проведенных экспертиз  | Количество медицинских карт с выявленными дефектами медицинской помощи (абс. числа) | Итоговая оценка качества медицинской помощи (Коэффициент качества) |
| Диагностических мероприятий | Полноты диагноза | Лечебно-профилактических мероприятий | Преемственности этапов | Оформления медицинской документации |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 14. Приложение 5

|  |
| --- |
| Анкета врача/заведующего “об удовлетворенности пациента визитом “ |
| **Вопросы** | **Да** | **Нет** | **Баллы** |
| 1. Вовремя ли начался прием? Если нет - то по какой причине?  |   |   | 3 - причина необъективна. 0 – причина объективна. |
| 2.Поприветствовали ли Вы пациента / сопровождающих лиц? |   |   | 2 |
| 3. Представился ли врач сам и объяснил роль членов команды (при совместном осмотре, консилиуме) пациенту? |   |   | 2 |
| 4. При беседе, осмотре, проведении манипуляций - соблюдались ли Вами личностные границы пациента, проявлялась ли забота о конфиденциальности при общении с пациентом (защита ширмой либо закрытые двери, надевание хирургической рубашки/халата при необходимости)? |   |   | 3 |
| 5.Ознакомились ли Вы с медицинской информацией из досье в ОМИС о предыдущих визитах пациента в ЕМС? |   |   | 3 |
| 6.Поинтересовались ли Вы наличием у пациента дополнительных данных (результатах предыдущих обследований, выписках) из других лечебных учреждений? При их наличии - были ли они проанализированы Вами?  |   |   | 2 |
| 7. Выяснили ли Вы у пациента все жалобы, тревожащие факторы и симптомы в процессе амбулаторного визита или при госпитализации, выделены ли ведущие, ранжированы ли остальные проблемы? |   |   | 3 |
| 8. Предложена ли Вами программа совместных действий (предполагаемые процедуры, обследования) и получено ли согласие пациента на этот план? |   |   | 3 |
| 9. Даны ли Вами разъяснения о предполагаемых процедурах, перечне обследований? |   |   | 3 |
| 10. Для тех процедур, которые планировалось выполнить на приеме, в дополнение к консультации - сориентировали ли Вы пациента о дополнительной стоимости услуг? |   |   | 2 |
| 11. При необходимости, получены ли Вами согласия на планируемые лечебно- диагностические мероприятия в письменном виде? |   |   | 3 |
| 12. Были ли у Вас негативные реакции пациента в ходе консультации, осмотра? Если да, то какие, и как Вы с ними работали? |   |   | 2 - при отсутствии работы с пациентом, 0 - при объективной невозможности работать  |
| 13. Проявили ли Вы искреннее участие и желание решить проблемы пациента? |   |   | 1 |
| 14. В разговоре с пациентом - давали ли Вы обратную связь с подтверждением правильности полученной от пациента информации?  |   |   | 1 |
| 15. Предоставили ли Вы информацию о целях лечения, возможных риски, прогнозируемой пользе, альтернативных варианты лечения доступным языком и в понятной для пациента форме? |   |   | 3 |
| 16. Предлагалась ли Вами помощь пациенту в организации дальнейшего наблюдения (планирование своих повторных консультаций других специалистов, обследования)? |   |   | 3 |
| 17. Выданы ли пациенту распечатанные рекомендации, при необходимости - рецепты, памятки, справки? |   |   | 2 |
| 18. Вы дали комментарии о дозах, целях, способе применения и возможных побочные эффектах каждого назначенного Вами препарата? |   |   | 2 |
| 19. Предоставили ли Вы информацию пациенту о возможных путях для связи с клиникой/врачом и необходимых действиях в случае ухудшения состояния? |   |   | 2 |
|   |  | **Итого** | **45** |

**ИТОГО максимально 45 баллов**

**Минимальное количество баллов -2**

За объективное признание жалобы коммуникационного характера берется 9 баллов и выше (то есть либо совокупность большого количества «не тяжелых» ошибок в коммуникации, либо 3 ошибки, имеющих максимальный балл).

##  15. Приложение 6

## «Проверочный лист административного контроля»

**ОТЧЕТ по индивидуальному трейсеру пациента**

ОП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (**Стационар)** Дата проверки «\_\_» \_\_\_\_\_\_20\_\_\_ Проверяющий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_\_\_ № мед. карты \_\_\_\_\_\_\_ Отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № палаты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата и время поступления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Маршрут пациента:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование отделения** | **Период пребывания (дата, время)** | **Комментарии** |
| 1 | ОНИЭП |  |  |
| 2 | Стационар |  |  |
| 3 | Оперблок |  |  |
| 4 | ОРИТ, ОАИР, палата пробуждения |  |  |
| 5 |  |  |  |

**Tracer inpatient**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Стандарт** | **Требование к документации** | **Время (если применимо)** | **Оценка:** **да/нет/не приемлемо** | **Комментарии** |
| 1 | АСС | При поступлении пациента, как долго длилось ожидание осмотра GP | до 20 минут |  |  |
| 2 | АСС | При поступлении пациента, как долго длилось ожидание осмотра специалиста (при необходимости) | до 30 мин |  |  |
| 3 | COP | Была проведена оценка боли в ОНиЭП |   |  |  |
| 4 | AOP | Была проведена антропометрия в ОНиЭП |   |  |  |
| 5 | PCI | Был собран инфекционный анамнез в ОНиЭП |   |  |  |
| 6 | MMU | Был собран лекарственный анамнез в ОНиЭП |   |  |  |
| 7 | IPSG | Была проведена правильная идентификация пациента, надеты необходимые браслеты |   |  |  |
| 8 | АСС | При поступлении и экстренном состоянии через какое время от осмотра были проведены лучевые методы диагностики | до 60 мин |  |  |
| 9 | АСС | При поступлении и экстренном состоянии через какое время от осмотра были получены лабораторные данные  | до 60 мин |  |  |
| 10 | АСС | При поступлении через какое время от осмотра в ОНиЭП пациент поступил в стационарное отделение  | до 60 мин |  |  |
| 11 | АСС | При поступлении в стационарное отделение через какое время пациент был осмотрен врачом-терапевтом стационара | до 60 мин |  |  |
| 12 | PFR | Проведение адаптации пациента и семьи в стационаре, определение потребностей (особенности питания, конфессиональные потребности) административным персоналом |   |  |  |
| 13 | АОР PFR | Проведение адаптации пациента и семьи в палате (определение санитарных потребностей, потребностей в обучении) сестринским персоналом |   |  |  |
| 14 | AOP.1.2 ME 1 | При поступлении в стационарное отделение через какое время пациент был осмотрен лечащим врачом стационара | до 30 мин |  |  |
| 15 | IPSG.6 ME 1 | В стационаре была проведена оценка риска падения в баллах, проведено обучение пациента и семьи с отметкой о проведении в сестринской документации, надеты браслеты и промаркирована палата |   |  |  |
| 16 | IPSG.6 ME 2 | Переоценка риска падения проводилась через 12 часов риска падения с отметкой в сестринской документации) |   |  |  |
| 17 | AOP.1.2 ME 3 AOP.1.5 ME 1 | Первоначальная оценка сестринского ухода: проведен и задокументирован в течение первых 24 часов после поступления в стационар или раньше, если это требуется по состоянию пациента. (план ведения медицинскими сестрами, риски пролежней, риск нарушения глотания, оценка боли) |   |  |  |
| 18 | AOP.1.2 ME 1 | Есть осмотр зав. отделением в первые 72 часа после поступления  |   |  |  |
| 19 | COP.2.1 ME 5 | План лечения каждого пациента разрабатывается при поступлении в стационар и при изменениях в состоянии пациента подтверждается лечащим врачом и задокументирован в медицинской карте пациента. |   |  |  |
| 20 | COP.2 ME 3 | Результаты или выводы любых совместных осмотров, междисциплинарных boards, консилиумов или другие совместные обсуждения и решения документированы в медицинской карте пациента. |   |  |  |
| 21 | COP.2.1 ME 4 | Первоначальный план лечения и любые изменения в плане оказания помощи описаны в медицинской карте |   |  |  |
| 22 |   | Информационная доска в палате заполнена, содержит актуальную информацию |   |  |  |
| 23 | AOP.1.3. 1. МЕ 3 | **Для хирургических пациентов** - дооперационная оценка состояния хирургических пациентов задокументирована в истории болезни или медицинской карте до начала операции (предоперационный эпикриз) |   |  |  |
| 24 | ASC.3.2 ME 1 | Анестезиологом проводится и документируется предварительная оценка риска и уместности процедурной седации  |   |  |  |
| 25 | IPSG.4 ME 1 | В больнице проводится процесс предоперационной проверки с использованием чек-листа хирургической безопасности (сестринская документация)  |   |  |  |
| 26 | PFR.5 ME 2, 4,5,6 | Больница определила, как общее информированное согласие документируется в истории болезни/ медицинской карте (ИДС оформлено по правилам) |   |  |  |
| 27 | ASC.5.1 ME 3 | Анестезиолог или другое квалифицированное лицо предоставляет и документирует обучение пациента [риски, преимущества и альтернативы, связанные с анестезией и послеоперационным контролем боли] ДИС на анестезию |   |  |  |
| 28 | ASC.7.1 ME 3 | Хирург или другой квалифицированный специалист обеспечивает и документирует обучение пациента. [Риски, преимущества, возможные осложнения и альтернативы, связанные с планируемой хирургической процедурой] ДИС на хирургию |   |  |  |
| 29 | ACC.3.1 ME 1 | Лицо (лица), ответственное за координацию лечения пациента, медицинскую карту пациента и доступную на всех этапах стационарной помощи (определен лечащий врач) |   |  |  |
| 30 | COP.2.2 ME 5 | Назначения находятся в едином месте в медицинских документах. (полноценность и правильность оформления листа назначений) |   |  |  |
| 31 | COP.4 ME 2 | До того, как пациентов кормят, все стационарные пациенты имеют назначения на питание в медицинских документах (назначение лечебного стола лечащим врачом в Листе назначений, при необходимости отмечены аллергия, проблемы с глотанием) |   |  |  |
| 32 | MMU.4 ME 4 | Медицинские записи пациента содержат список текущих лекарственных препаратов, принимаемых до госпитализации (лекарственный анамнез)  |   |  |  |
| 33 | MMU.4.1 ME 1 | Необходимые элементы полного назначения лекарственного препарата включают, по меньшей мере все критерии в соответствии с установленным порядком. (название, доза, кратность, длительность) |   |  |  |
| 34 | MMU 1 | Назначение антимикробной терапии проходит в соответствие с принятым в клинике Алгоритмом, с указанием показаний, длительности, пересмотром эффективности через 48 часов, расчетом СКФ |   |  |  |
| 35 | MOI.4 ME 3 | Если в больнице разрешены сокращения, больница реализует единообразное использование утвержденных сокращений, и каждая аббревиатура имеет только одно значение. |   |  |  |
| 36 | пациент | Знаете ли вы ФИО Вашего лечащего врача, медсестры |  |  |  |
| 37 | пациент | При проведении тестов объясняли Вам план подготовки  |  |  |  |
| 38 | пациент | Какие тесты Вы проходили? Были ли Вы проинформированы о том, для чего нужен и о результатах каждого теста |  |  |  |
| 39 | пациент | Пожалуйста, расскажите мне о своем состоянии. Какую информацию вы получили от Вашего лечащего врача о Вашем состоянии и лечении, которое Вы получаете и будете получать |  |  |  |
| 40 | пациент | При проведении процедур проинформированы Вы, для чего это нужно и как будут проводиться |  |  |  |
| 41 | пациент | Вас проинформировали о симптомах, которые указывают на ухудшение Вашего состояния? Что делать, если это произойдет? |  |  |  |
| 42 | пациент | Что Вам сказали о формах, которые Вы подписали?  |  |  |  |
| 43 | пациент | Что Вам сказали об альтернативах вашему лечению / процедурам?  |  |  |  |
| 44 | пациент | Какое лечение Вы сейчас проходите? Вас проинформировали о любых рисках, связанных с лечением? |  |  |  |
| 45 | пациент | Какая дополнительная информация, если таковая имеется, Вам нужна для принятия обоснованных решений о вашем лечении?  |  |  |  |
| 46 | пациент | Скажите, пожалуйста, как Вы узнали о своих правах пациента?  |  |  |  |
| 47 | пациент | Что Вы знаете о своих правах как пациента? Например, знаете ли Вы о вашем праве участвовать в принятии решений относительно Вашего ухода, лечения и услуг? О праве давать или не давать согласие?  |  |  |  |
| 48 | пациент | Скажите, пожалуйста, как Вы узнали о своих обязанностях пациента?  |  |  |  |
| 49 | пациент | Что Вы знаете о своих обязанностях пациента? Например, знаете ли Вы о ваших обязанностях предоставлять точную информацию о Вашем здоровье? Делиться ожиданиями и задавать вопросы о Вашем уходе и лечении? Следовать инструкциям для Вашего плана по уходу? Необходимости следовать политике и процедурам организации? |  |  |  |
| 50 | пациент | Комфортно ли Вам было во время пребывания в стационаре? Были ли у Вас проблемы, связанные с уходом? Были ли еще какие-либо проблемы?  |  |  |  |
| 51 | пациент | Было ли достаточно по объему, качеству и разнообразию Ваше питание во время пребывания в стационаре? |  |  |  |
| 52 | пациент | Чувствовали ли Вы себя хорошо информированными в течение всего периода Вашего пребывания в стационаре? Если нет, то как это можно улучшить, на Ваш взгляд?  |  |  |  |
| 53 | пациент | Что вы делали, если у вас возникали вопросы? Как быстро вы получали ответы на ваши вопросы? |  |  |  |

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ**

1. Предварительный проверяющим:
2. Обсуждение совместно с зав. отделением/ отделениями:
3. Обсуждение совместно со старшей мед. сестрой отделения:
4. Обсуждение совместно с администратором отделения:
5. Групповое обсуждение на совещании руководства клиники:

**РАЗРАБОТКА КОРРЕКТИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ**

**РЕАЛИЗАЦИЯ И ПОДДЕРЖАНИЕ УЛУЧШЕНИЙ**

##  16. Приложение 7

## ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕНИИ ПРОВЕРКИ

1. **Общие сведения**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Дата проведения проверки |  |
|  | Основание проверки |  |
|  | Вид проверки |  |
|  | Состав группы специалистов |  |
|  | Структурные подразделения, участвующие в проверке |  |
|  | Источники информации, используемые в проверке |  |

**2. Отчет о выявленных несоответствиях**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Несоответствие/отклонение | Заключение | Рекомендации |
|  |  |  |

1. Общая оценка соответствия отделения заявленным требованиям \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
2. Заключение группы специалистов

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##  17. Приложение 8

## Контрольный лист оценки

## качества медицинской помощи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | Ф. И. О. лечащего врача |  |
| **2.** | Ф. И. О. пациента |  | № карты |
| **3.** | Дата рождения пациента |  |
| **4.** | Период лечения | с | по |
| **5.** | Шифр МКБ |  |
| **6.** | Клинический диагноз |  |
|  |
| **7.** | Сопутствующий (клинически значимый) диагноз |  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель(полнота, своевременность, обоснованность) | В полном объеме | Незначительные отклонения/дефекты, не влияющие на исход и тяжесть заболевания  | Отклонения/дефекты, негативно влияющие на исход и тяжесть заболевания |
| Описание жалоб и анамнеза |  |  |  |
| Объективный осмотр |  |  |  |
| Диагностические мероприятия по основному и сопутствующему (клинически значимого) заболеваниям |  |  |  |
| Оформление диагноза основного и сопутствующего (клинически значимого) заболевания |  |  |  |
| Лечебно-профилактические мероприятия, медицинская реабилитация       |  |  |  |
| Сроки оказания медицинской помощи       |  |  |  |
|  Оформление медицинской документации       |  |  |  |
| Результат лечения | Достигнут - выздоровление, улучшение | Достигнут частично- без изменений | Не достигнут - ухудшение, летальный исход - при ненадлежащем оказании медпомощи |

Оценку проводил:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность) (подпись) (дата) (Ф. И. О.)

## 18. Приложение 9

## Сводный отчет

## о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *№* | *Наименование показателя* | *Количество* |
| **1. Плановые проверки** |
| 1.1. | проведено плановых проверок, за период |  |
| 1.2. | количество проверок, запланированных на период |  |
| 1.3. | процент выполнения плана проверок на период |  |
| 1.4. | количество плановых проверок, проведенных с нарушением сроков |  |
| 1.5. | количество плановых проверок, в ходе которых выявлены нарушения |  |
| 1.6. | количество выявленных нарушений, в ходе плановых проверок: |  |
| 1. **Целевые (внеплановые проверки)**
 |
| 2.1 | проведено внеплановых проверок, за периодв том числе: |  |
| 2.2. | при наличии отрицательной динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности |  |
| 2.3. | при поступлении жалоб граждан по вопросам качества и доступности медпомощи, а также жалоб по иным вопросам осуществления медицинской деятельности, содержащим информацию об угрозе причинения и (или) причинении вреда жизни и здоровью граждан |  |
| 2.4**.** | в случае летальных исходов |  |
| 2.5. | в случае внутрибольничного инфицирования и осложнений, вызванных медицинским вмешательством |  |
| 2.6. | количество целевых проверок, проведенных с нарушением сроков  |  |
| 2.7. | количество целевых проверок, в ходе которых выявлены нарушения |  |
| 2.8. | количество выявленных нарушений, в ходе целевых проверок: |  |
| 1. **Выявленные в ходе проверок нарушения**
 |
| 3.1 | наличия в Обществе нормативных правовых актоврегламентирующих вопросы организации медицинской деятельности |  |
| 3.2. | оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций |  |
| 3.3. | взаимодействия ОП «МЦ Дурова» с медицинскими организациями, оказывающими скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, центрами медицины катастроф |  |
| 3.4. | соблюдения безопасных условий при транспортировке пациента (в пределах ОП «МЦ Дурова», АО «ЕМЦ» и (или) переводе в другую медицинскую организацию) |  |
| 3.5. | преемственности оказания медицинской помощи на всех этапах (в том числе при переводе пациента, выписке из ОП «МЦ Дурова», передаче дежурства и иных обстоятельствах) с соблюдением требований к ведению медицинской документации |  |
| 3.6 | получения ИДС гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медпомощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи |  |
| 3.7 | наличия локальных нормативных актов, регламентирующих работу приемного отделения ОП «МЦ Дурова», в том числе при оказании медицинской помощи в экстренной форме |  |
| 3.8 | сортировки пациентов при поступлении и (или) обращении в зависимости от тяжести состояния и перечня необходимых медицинских вмешательств |  |
| 3.9 | своевременного оказания медицинской помощи при поступлении и (или) обращении пациента, а также на всех этапах ее оказания |  |
| 3.10 | обеспечения экстренного оповещения и (или) сбора медицинских работников, не находящихся на дежурстве  |  |
| 3.11. | возможности вызова медицинских работников к пациентам, в том числе в палаты |  |
| 3.12 | оказания гражданам медпомощи в экстренной форме, включая проведение регулярного обучения (тренингов), наличие в ОП «МЦ Дурова» лекарственных препаратов и медицинских изделий для оказания медицинской помощи в экстренной форме |  |
| 3.13. | возможности круглосуточного проведения лабораторных и инструментальных исследований в ОП «МЦ Дурова» |  |
| 3.14. | безопасной деятельности Клинико-диагностической лаборатории |  |
| 3.15. | обеспечения соблюдения врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах  |  |
| 3.16. | обеспечения комфортных условий пребывания пациентов в ОП «МЦ Дурова» |  |
| 3.17. | безопасного применения лекарственных препаратов |  |
| 3.18. | обеспечения эпидемиологической безопасности |  |
| 3.19. | длительности пребывания пациента в стационарах ОП «МЦ Дурова» |  |
| 3.20. | соответствия на всех этапах оказания медицинской помощи (включая применение лекарственных препаратов и медицинских изделий) личности пациента его персональным данным, содержащимся в том числе в документах, удостоверяющих личность (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, возраст), и в медицинской документации |  |
| 3.21. | безопасного применения медицинских изделий |  |
| 3.22. | при хирургических вмешательствах (подготовка пациента к оперативному вмешательству, ведение пациента в периоперационном периоде, в палате пробуждения и послеоперационном периоде, при проведении перевязок) и профилактика рисков, связанных с ними |  |
| 3.23. | при облегчении боли, связанной с заболеванием, состоянием и (или) медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами |  |
| 3.24. | при обращении донорской крови и (или) ее компонентов |  |
| 3.25. | при организации безопасной среды для пациентов и работников ОП «МЦ Дурова» |  |
| 3.26. | при обеспечении ухода при оказании медицинской помощи |  |
| 3.27 | при организации мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни соответствующими структурными подразделениями |  |
| 3.28. | при раннем выявлении онкологических заболеваний |  |
| 3.29. | при организации работы справочно-информационного отдела |  |
| 3.30. | при управлении потоками пациентов, в том числе при первичном обращении |  |
| 3.31. | при функционировании медицинской информационной системы  |  |
| 3.32. | при информировании граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети "Интернет", об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках ОП «МЦ Дурова», об уровне их образования и об их квалификации |  |
| 3.33. | при проведении профилактических медосмотров, диспансеризации |  |
| 3.34. | при организация диспансерного наблюдения, в том числе за женщинами в период беременности |  |
| 3.35. | при проведении вакцинации населения в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям |  |
| 3.36. | при работе дневного стационара в соответствии с порядками оказания медицинской помощи |  |
| 3.37. | при обеспечении профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников, а также по формированию системы оценки деятельности и развитию кадрового потенциала работников ОП «МЦ Дурова» |  |
| 3.38. | при обеспечении доступа работников к информации, содержащей клинические рекомендации, порядки оказания медпомощи, стандарты медицинской помощи, а также осуществление мероприятий по информированию работников об опубликовании новых клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи и их пересмотре |  |
| **3.39** | **всего выявлено нарушений:** |  |
| **4. Учет нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности (фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан и (или) медицинских работников** |
| 4.1. | произошло нежелательных событий, повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан, а также приведших к удлинению сроков оказания медицинской помощи |  |
| 4.2. | произошло нежелательных событий, повлекших причинение вреда жизни и здоровью медицинских работников |  |
| **5. Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий, анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, нежелательных реакциях** |
| 5.1 | проведено мероприятий по мониторингу наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций |  |
| 5.2 | выявлено фактов нарушения обеспечения лекарственными препаратами и медицинскими изделиями |  |
| 5.3. | передано сообщений о случаях побочных действий, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов  |  |
| 5.4. | передано сообщений о случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий |  |
| **6. Мероприятия, направленные на повышение качества и безопасности медицинской деятельности** |
| 6.1 | разработано предложений по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов |  |
| 6.2. | проведено совещаний |  |
| 6.3. | проведено конференций,в том числе: |  |
| 6.4. | клинико-анатомических |  |
| 6.5. | проведено клинических разборов |  |
| 6.6. | иных организационных мероприятий |  |

## 19. Приложение 10

## Алгоритм описания исследования ПЭТ – КТ:

АЛГОРИТМ ОФОРМЛЕНИЯ ПРОТОКОЛА ПЭТ/КТДЛЯ СОЛИДНЫХ ОПУХОЛЕЙ

**Цель разработки протокола:**

1.Установление единообразного подхода к описанию исследования.

2.Унификация требований к оформлению заключения.

3.Минимизация рисков пропуска патологии / причинения вреда пациенту.

**Общее положение**

Врач, описывающий ПЭТ/КТ, должен последовательно отражать информацию, полученную в исследовании и следуя настоящему протоколу.

Отсутствие данных, предусмотренных настоящим протоколом, нарушение последовательности описания недопустимо и считается некачественным оформлением документации.

Врач, осуществляющий описание исследования:

1. Проверяет корректность названия отделения в заключении (Наименование отделения: *Отделение радионуклидной диагностики),*
2. Осуществляет идентификацию пациента, убеждается, что описывает исследование пациента в его первичных медицинских документах (ЭМК),
3. Заполняет (проверяет корректность отраженных данных) информацию о персональных данных пациента:

|  |  |
| --- | --- |
| *Дата исследования* |  |
| *ФИО* | *ID* |
|  | *Пол* |
| *Рост: см* | *Вес: кг* |
| *Дата рождения* | *Возраст: лет* |
| *Позитронно-эмиссионная томография, совмещённая с компьютерной томографией* | *Объём исследования:* |
| *РФП: 18F-FDG* | *Введенная активность: МБк, внутривенно* |
| *Место введения РФП:* | *Время введения РФП:*  |
| *ПЭТ/КТ томограф: Siemens Biograph*  | *Контрастирование:* |
|  | *Эффективная доза: мЗв* |
|  | *Уровень глюкозы в крови: ммоль/л* |
|  | *Уровень креатинина в крови: мкмоль/л* |

Предварительный диагноз:

a) Полный диагноз с указанием кода по МКБ-10;

b) Стадия заболевания по TNM (если возможно), либо клиническую стадию;

c) При наличии информации: объем проведенного лечения, в т.ч. выполненные оперативные вмешательства, биопсии, курсы лучевой и системной терапии с указанием даты и области.

Цель исследования:

**Специальная часть**

Информация, указываемая по выполненному исследованию:

Указать протокол исследования (Пример: Исследование выполнено по протоколу от основания черепа до средней трети бедер /от уровня фронтально-теменной зоны до подошвенной поверхности стоп/ дополнительные области сканирования в зависимости от решения врача-радиолога).

1. Охарактеризовать физиологическое накопление радиофармпрепарата (РФП):
	1. Обозначаются органы с физиологическим распределением радиофармпрепарата (РФП): миокард левого желудочка, почки, мочеточники, мочевой пузырь, кишечник.
	2. Указываются все перечисленные органы / некоторые из перечисленных органов.
	3. Указать, что врач ознакомлен с данными биохимического анализа крови пациента, в частности с уровнем креатинина, произведен подсчет СКФ (скорость клубочковой фильтрации). При необходимости порекомендовать пациенту гидратацию (питьевой режим) и консультацию нефролога\уролога.
2. Охарактеризовать патологическое накопление радиофармпрепарата (РФП):
* описывается патологическое накопление в разделах описания, соответствующих анатомических зон.
* при наличии опухолевого процесса (образования, измененного лимфатического узла/лимфатических узлов и т.п.) указывается патологическое накопление радиофармпрепарата.
* при патологическом накоплении, значение SUVmax указывается для «целевого» образования или нескольких «целевых» образований (при множественном поражении все очаги не подлежат измерению).
* при наличии структурных изменений, оцениваются размеры патологического «целевого» образования или «целевых» образований, в мм, по КТ части ПЭТ/КТ исследования (при множественном поражении все очаги не подлежат измерению).

ОБЛАСТЬ ШЕИ.

Указать: наличие / отсутствие очагов патологического накопления РФП.

Охарактеризовать: структуру щитовидной железы (однородная, неоднородная).

Требуется оценить наличие / отсутствие измененных лимфатических узлов шеи, с наличием / отсутствием патологического накопления РФП.

ОБЛАСТЬ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ.

Указать:

- наличие / отсутствие очагов патологического накопления РФП,

- наличие / отсутствие в паренхиме легких изменений: очаговые/инфильтративные (описать локализацию и характеристики),

- характеристику плевральных полостей (наличие/отсутствие жидкости в плевральных полостях),

- наличие/отсутствие выпота в полости перикарда,

- наличие/отсутствие атеросклеротических изменений в стенках грудного отдела аорты и коронарных артериях.

Оценить:

- наличие / отсутствие измененных внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ),

- наличие /отсутствие патологического накопления РФП,

-наличие / отсутствие измененных подмышечных лимфатических узлов,

- наличие /отсутствие патологического накопления РФП.

ОБЛАСТЬ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА И МАЛОГО ТАЗА.

Указать:

- наличие / отсутствие очагов патологического накопления РФП.

Оценить:

- наличие / отсутствие измененных лимфатических узлов (Л/У) (забрюшинные, внутрибрюшные, малого таза, паховые),

- наличие / отсутствие патологического накопления РФП в Л/У.

- наличие / отсутствие свободной жидкости в брюшной полости

При описании органов брюшной полости указать:

**Желудок**:

- наполнение желудка субоптимально наполнен/не расправлен,

- прослеживается / не прослеживается достоверное патологическое изменение в стенках желудка (описать локализацию).

**Печень**

- размер, структура паренхимы. Наличие объемных образований: локализация, контуры, размеры. Внутрипеченочные желчные протоки и сосуды: расширены\нет

**Желчный пузырь:**

- изменен / не изменён,

- рентгеноконтрастные конкременты -выявлены / не выявлены;

 **Поджелудочная железа:**

**-** размеры, контуры, структура, наличие объемных образований. Главный панкреатический проток- расширен\нет.

**Селезёнка:**

- размеры, структура, наличие образований

**Надпочечники:**

- расположение, форма, размеры, наличие объемных образований.

**Почки:**

- расположение, форма, размеры, структура паренхимы, наличие объемных образований: локализация, контуры, размеры, характер накопления контрастного препарата. Чашечно-лоханочные системы: расширены\нет. Мочеточники расширены\нет. Конкременты: местоположение, форма, размеры, количество, плотность.

**Органы малого таза:**

- имеются / отсутствуют очаги патологической метаболической активности,

- имеются / отсутствуют патологические изменения органов малого таза.

КОСТНАЯ СИСТЕМА И МЯГКИЕ ТКАНИ.

Указать:

- патологическое накопление РФП- отмечается / не отмечается,

- наличие/отсутствие патологических изменение костной ткани

ОФОРМЛЕНИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ

1. Применяются общеприменимые термины и понятия.
2. Допускаются сокращения, предусмотренные МКБ-10.
3. Не допускается использование образных описаний, если нет устоявшегося термина («По типу зеленой ветки», «Матового стекло» и др., используемые в профессиональной литературе).
4. При клинической необходимости, при неопределенных результатах данных ПЭТ/КТ, не позволяющих достаточно достоверно оценить найденные патологические изменения, рекомендовать дополнительное обследование у специалистов различного профиля (нефролог при снижении скорости клубочковой фильтрации, кардиолога при выявленной патологии сердечно сосудистой системы, фтизиатра при соответствующей рентгенологической картине и др.).
5. Указывается, что заключение не является клиническим диагнозом.
6. ПЭТ/КТ-признаки наличия/отсутствия метаболической активности опухолевого процесса.
7. Оценку эффективности лечения (при наличии предыдущих релевантных исследований на электронном носителе) с внесением в заключение характеристик как: полный метаболических ответ, частичный метаболический ответ, метаболическая стабилизация заболевания, метаболические прогрессирование заболевания.
8. Подпись врача.

АЛГОРИТМ ОФОРМЛЕНИЯ ПРОТОКОЛА ПЭТ/КТ

ДЛЯ СИСТЕМНЫХ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ

**Цель разработки протокола:**

1.Установление единообразного подхода к описанию исследования.

2.Унификация требований к оформлению заключения.

3.Минимизация рисков пропуска патологии / причинения вреда пациенту.

**Общее положение.**

Врач, описывающий ПЭТ/КТ, должен последовательно отражать информацию, полученную в исследовании и следуя настоящему протоколу.

Отсутствие данных, предусмотренных настоящим протоколом, нарушение последовательности описания недопустимо и считается некачественным оформлением документации.

Врач, осуществляющий описание исследования:

1. Проверяет корректность названия отделения в заключении (Наименование отделения: *Отделение радионуклидной диагностики);*

2. Осуществляет идентификацию пациента, убеждается, что описывает исследование пациента в его первичных медицинских документах (ЭМК);

3. Заполняет (проверяет корректность отраженных данных) информацию о персональных данных пациента:

|  |  |
| --- | --- |
| *Дата исследования* |  |
| *ФИО* | *ID* |
|  | *Пол* |
| *Рост: см* | *Вес: кг* |
| *Дата рождения* | *Возраст: лет* |
| *Позитронно-эмиссионная томография, совмещённая с компьютерной томографией* | *Объём исследования:* |
| *РФП18F-FDG* | *Введенная активность:МБк, внутривенно* |
| *Место введения РФП:* | *Время введения РФП:*  |
| *ПЭТ/КТ томограф: Siemens Biograph*  | *Контрастирование:* |
|  | *Эффективная доза: мЗв* |
|  | *Уровень глюкозы в крови: ммоль/л* |
|  | *Уровень креатинина в крови: мкмоль/л* |

Предварительный диагноз:

Цель исследования:

**Специальная часть**

Информация, указываемая по выполненному исследованию:

Указать протокол исследования (Пример: Исследование выполнено по протоколу от основания черепа до средней трети бедер /от уровня фронтально-теменной зоны до подошвенной поверхности стоп/ дополнительные области сканирования в зависимости от решения врача-радиолога)

1. Охарактеризовать физиологическое накопление радиофармпрепарата (РФП).
	1. Обозначаются органы с физиологическим распределением радиофармпрепарата (РФП): миокард левого желудочка, почки, мочеточники, мочевой пузырь, кишечник.
	2. Указываются все перечисленные органы / некоторые из перечисленных органов
	3. Указать, что врач ознакомлен с данными биохимического анализа крови пациента, в частности с уровнем креатинина, произведен подсчет СКФ (скорость клубочковой фильтрации). При необходимости порекомендовать пациенту гидратацию (питьевой режим) и консультацию нефролога\уролога.
	4. Отметить проводилось / не проводилось на предыдущем этапе до даты назначения ПЭТ/КТ исследования лечение лимфомы и применима/ не применим оценка по шкале Deauville к текущей услуге ПЭТ/КТ.

РЕФЕРЕНТНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ

- «пул крови»,

- паренхима печени.

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

Оценивается:

1. наличие / отсутствие измененных лимфатических узлов шеи, подмышечных областей, внутригрудной, внутрибрюшной, забрюшинной областей, малого таза, паховой области.

2. наличие / отсутствие патологического накопления РФП.

* при патологическом накоплении указываются значения SUVmax,
* при наличии экстранодального опухолевого процесса указать отсутствие / наличие патологического накопления РФП в опухолевых очагах,

Патологическое накопление радиофармпрепарата (РФП) при наличии экстранодального патологического процесса - указывается в разделах описания соответствующих анатомических зон.

ОБЛАСТЬ ШЕИ.

Указать наличие / отсутствие очагов патологического накопления РФП.

Охарактеризовать:

- локализацию щитовидной железы

- структуру щитовидной железы (однородная/ неоднородная).

ОБЛАСТЬ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ.

Указать:

- наличие / отсутствие очагов патологического накопления РФП;

- наличие / отсутствие в паренхиме легких изменений: очаговых/инфильтративных (описать локализацию и характеристики);

- характеристику плевральных полостей (наличие/отсутствие жидкости в плевральных полостях)

- наличие/отсутствие выпота в полости перикарда,

- наличие/отсутствие атеросклеротических изменений в стенках грудного отдела аорты и коронарных артериях.

ОБЛАСТЬ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА И МАЛОГО ТАЗА

Указать:

- наличие / отсутствие очагов патологического накопления РФП.

Оценить:

- наличие / отсутствие измененных лимфатических узлов (Л/У) (забрюшинные, внутрибрюшные, малого таза, паховые),

- наличие / отсутствие патологического накопления РФП в Л/У.

- наличие / отсутствие свободной жидкости в брюшной полости

При описании органов брюшной полости указать:

**Желудок**:

- наполнение желудка субоптимально наполнен/не расправлен,

- прослеживается / не прослеживается достоверное патологическое изменение в стенках желудка (описать локализацию).

**Печень**

- размер, структура паренхимы. Наличие объемных образований: локализация, контуры, размеры. Внутрипеченочные желчные протоки и сосуды: расширены\нет

**Желчный пузырь:**

- изменен / не изменён,

- рентгеноконтрастные конкременты -выявлены / не выявлены;

 **Поджелудочная железа:**

**-** размеры, контуры, структура, наличие объемных образований. Главный панкреатический проток- расширен\нет.

**Селезёнка:**

- размеры, структура, наличие образований

**Надпочечники:**

- расположение, форма, размеры, наличие объемных образований.

**Почки:**

- расположение, форма, размеры, структура паренхимы, наличие объемных образований: локализация, контуры, размеры, характер накопления контрастного препарата. Чашечно-лоханочные системы: расширены\нет. Мочеточники расширены\нет. Конкременты: местоположение, форма, размеры, количество, плотность.

**Органы малого таза:**

- имеются / отсутствуют очаги патологической метаболической активности,

- имеются / отсутствуют патологические изменения органов малого таза.

КОСТНАЯ СИСТЕМА И МЯГКИЕ ТКАНИ.

Указать:

- патологическое накопление РФП- отмечается / не отмечается,

- наличие/отсутствие патологических изменение костной ткани

ОФОРМЛЕНИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Заключение отражает:

1. ПЭТ/КТ-признаки наличия/отсутствия метаболической активности лимфопролиферативного заболевания.
2. Оценку эффективности лечения (при наличии данных исходного ПЭТ/КТ (на электронном носителе) с использованием шкалы Deauville.
3. При клинической необходимости, при неопределенных результатах данных ПЭТ/КТ, не позволяющих достаточно достоверно оценить найденные патологические изменения, рекомендовать дополнительное обследование у специалистов различного профиля (нефролог при снижении скорости клубочковой фильтрации, кардиолога при выявленной патологии сердечно сосудистой системы, фтизиатра при соответствующей рентгенологической картине и др.).
4. Подпись врача.

## Алгоритм описания исследования ПЭТ – КТ:

АЛГОРИТМ ОФОРМЛЕНИЯ ПРОТОКОЛА ПЭТ/КТ ДЛЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Цель разработки протокола:**

1.Установление единообразного подхода к описанию исследования.

2.Унификация требований к оформлению заключения.

3.Минимизация рисков пропуска патологии / причинения вреда пациенту.

**Общее положение.**

Врач, описывающий ПЭТ/КТ, должен последовательно отражать информацию, полученную в исследовании и следуя настоящему протоколу.

Отсутствие данных, предусмотренных настоящим протоколом, нарушение последовательности описания недопустимо и считается некачественным оформлением документации.

Врач, осуществляющий описание исследования:

Проверяет корректность названия отделения в заключении (Наименование отделения: *Отделение радионуклидной диагностики),*

Осуществляет идентификацию пациента, убеждается, что описывает исследование пациента в его первичных медицинских документах (ЭМК),

Заполняет (проверяет корректность отраженных данных) информацию о персональных данных пациента:

|  |  |
| --- | --- |
| *Дата исследования* |  |
| *ФИО* | *ID* |
|  | *Пол* |
| *Рост: см* | *Вес: кг* |
| *Дата рождения* | *Возраст: лет* |
| *Позитронно-эмиссионная томография, совмещённая с компьютерной томографией* | *Объём исследования: Whole Body XL* |
| *РФП: 18F-PSMA-1007* | *Введенная активность: МБк, внутривенно* |
| *Место введения РФП:* | *Время введения РФП:*  |
| *ПЭТ/КТ томограф: Siemens Biograph*  | *Контрастирование:* |
|  | *Эффективная доза: мЗв* |
|  | *Уровень креатинина в крови: мкмоль/л* |

Предварительный диагноз:

Цель исследования:

**Специальная часть**

Информация, указываемая по выполненному исследованию:

Указать протокол исследования (Пример: Исследование выполнено по протоколу от основания черепа до средней трети бедер /от уровня фронтально-теменной зоны до подошвенной поверхности стоп/ дополнительные области сканирования в зависимости от решения врача-радиолога).

1. Охарактеризовать физиологическое накопление радиофармпрепарата (РФП):
	1. Обозначаются органы с физиологическим распределением радиофармпрепарата (РФП): в слюнных железах, печени, селезенке, поджелудочной железе, желчном пузыре, почках, по ходу петель тонкого кишечника.
	2. Указываются все перечисленные органы / некоторые из перечисленных органов.
	3. Указать, что врач ознакомлен с данными биохимического анализа крови пациента, в частности с уровнем креатинина, произведен подсчет СКФ (скорость клубочковой фильтрации). При необходимости порекомендовать пациенту гидратацию (питьевой режим) и консультацию нефролога\уролога.
2. Охарактеризовать патологическое накопление радиофармпрепарата (РФП):
* описывается патологическое накопление в разделах описания, соответствующих анатомических зон.
* при наличии опухолевого процесса (образования, измененного лимфатического узла/лимфатических узлов и т.п.) указывается патологическое накопление радиофармпрепарата.
* при патологическом накоплении, значение SUVmax указывается для «целевого» образования или нескольких «целевых» образований (при множественном поражении все очаги не подлежат измерению).
* при наличии структурных изменений, оцениваются размеры патологического «целевого» образования или «целевых» образований, в мм, по КТ части ПЭТ/КТ исследования (при множественном поражении все очаги не подлежат измерению).

ОБЛАСТЬ ГОЛОВЫ И ШЕИ.

Указать: наличие / отсутствие очагов патологического накопления РФП.

Указать: наличие/ отсутствие очагов патологического накопления РФП в веществе головного мозга. Расширены/не расширены желудочки головного мозга. Смещены/ не смещены срединные структуры головного мозга.

Охарактеризовать: структуру щитовидной железы (однородная, неоднородная).

Требуется оценить наличие / отсутствие измененных лимфатических узлов шеи, с наличием / отсутствием патологического накопления РФП.

ОБЛАСТЬ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ.

Указать:

- наличие / отсутствие очагов патологического накопления РФП,

- наличие / отсутствие в паренхиме легких изменений: очаговые/инфильтративные (описать локализацию и характеристики),

- характеристику плевральных полостей (наличие/отсутствие жидкости в плевральных полостях),

- наличие/отсутствие выпота в полости перикарда,

- наличие/отсутствие атеросклеротических изменений в стенках грудного отдела аорты и коронарных артериях.

Оценить:

- наличие / отсутствие измененных внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ),

- наличие /отсутствие патологического накопления РФП,

-наличие / отсутствие измененных подмышечных лимфатических узлов,

- наличие /отсутствие патологического накопления РФП.

ОБЛАСТЬ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА И МАЛОГО ТАЗА.

Указать:

- наличие / отсутствие очагов патологического накопления РФП.

Оценить:

- наличие / отсутствие измененных лимфатических узлов (Л/У) (забрюшинные, внутрибрюшные, малого таза, паховые),

- наличие / отсутствие патологического накопления РФП в Л/У.

- наличие / отсутствие свободной жидкости в брюшной полости

При описании органов брюшной полости указать:

**Желудок**:

- наполнение желудка субоптимально наполнен/не расправлен,

- прослеживается / не прослеживается достоверное патологическое изменение в стенках желудка (описать локализацию).

**Печень**

- размер, структура паренхимы. Наличие объемных образований: локализация, контуры, размеры. Внутрипеченочные желчные протоки и сосуды: расширены\нет

**Желчный пузырь:**

- изменен / не изменён,

- рентгеноконтрастные конкременты - выявлены / не выявлены;

**Поджелудочная железа:**

**-** размеры, контуры, структура, наличие объемных образований. Главный панкреатический проток- расширен\нет.

**Селезёнка:**

- размеры, структура, наличие образований

**Надпочечники:**

- расположение, форма, размеры, наличие объемных образований.

**Почки:**

- расположение, форма, размеры, структура паренхимы, наличие объемных образований: локализация, контуры, размеры, характер накопления контрастного препарата. Чашечно-лоханочные системы: расширены\нет. Мочеточники расширены\нет. Конкременты: местоположение, форма, размеры, количество, плотность.

**Органы малого таза:**

- имеются / отсутствуют очаги патологической метаболической активности,

- имеются / отсутствуют патологические изменения органов малого таза.

КОСТНАЯ СИСТЕМА И МЯГКИЕ ТКАНИ.

Указать:

- патологическое накопление РФП- отмечается / не отмечается,

- наличие/отсутствие патологических изменение костной ткани

ОФОРМЛЕНИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ

1. Применяются общеприменимые термины и понятия.
2. Допускаются сокращения, предусмотренные МКБ-10.
3. Не допускается использование образных описаний, если нет устоявшегося термина («По типу зеленой ветки», «Матового стекло» и др., используемые в профессиональной литературе).
4. При клинической необходимости, при неопределенных результатах данных ПЭТ/КТ, не позволяющих достаточно достоверно оценить найденные патологические изменения, рекомендовать дополнительное обследование у специалистов различного профиля (нефролог при снижении скорости клубочковой фильтрации, кардиолога при выявленной патологии сердечно сосудистой системы, фтизиатра при соответствующей рентгенологической картине и др.).
5. Указывается, что заключение не является клиническим диагнозом.
6. ПЭТ/КТ-признаки наличия/отсутствия опухолевого процесса с учетом метаболической информации.
7. Оценку эффективности лечения (при наличии предыдущих релевантных исследований на электронном носителе) опухолевого процесса с учетом метаболической информации с указанием: полный ответ, частичный ответ, стабилизация заболевания, прогрессирование заболевания.
8. Подпись врача.

## Алгоритм описания исследования ПЭТ – КТ:

АЛГОРИТМ ОФОРМЛЕНИЯ ПРОТОКОЛА ПЭТ/КТ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

**Цель разработки протокола:**

1.Установление единообразного подхода к описанию исследования.

2.Унификация требований к оформлению заключения.

3.Минимизация рисков пропуска патологии / причинения вреда пациенту.

**Общее положение.**

Врач, описывающий ПЭТ/КТ, должен последовательно отражать информацию, полученную в исследовании и следуя настоящему протоколу.

Отсутствие данных, предусмотренных настоящим протоколом, нарушение последовательности описания недопустимо и считается некачественным оформлением документации.

Врач, осуществляющий описание исследования:

Проверяет корректность названия отделения в заключении (Наименование отделения: *Отделение радионуклидной диагностики),*

Осуществляет идентификацию пациента, убеждается, что описывает исследование пациента в его первичных медицинских документах (ЭМК),

Заполняет (проверяет корректность отраженных данных) информацию о персональных данных пациента:

|  |  |
| --- | --- |
| *Дата исследования* |  |
| *ФИО* | *ID* |
|  | *Пол* |
| *Рост: см* | *Вес: кг* |
| *Дата рождения* | *Возраст: лет* |
| *Позитронно-эмиссионная томография, совмещённая с компьютерной томографией* | *Объём исследования: Головной мозг* |
| *РФП: 18F-FET* | *Введенная активность: МБк, внутривенно* |
| *Место введения РФП:* | *Время введения РФП:*  |
| *ПЭТ/КТ томограф: Siemens Biograph*  | *Контрастирование:* |
|  | *Эффективная доза: мЗв* |

Предварительный диагноз:

Цель исследования:

**Специальная часть**

Информация, указываемая по выполненному исследованию:

Указать протокол исследования (Пример: Исследование выполнено в три этапа: непосредственно после введения РФП, через 10 мин и на 40 мин после внутривенного введения радиофармпрепарата 18F-FET).

Обозначаются структуры с физиологическим накоплением радиофармпрепарата: в сосудистых сплетениях желудочков и венозных коллекторах, физиологические накопление РФП в не измененной коре головного мозга

Измеряется SUVmax в неизменной коре головного мозга: на первом этапе, на втором этапе, на третьем этапе.

При наличии указать информацию о проведенном лечении, в т.ч. выполненные оперативные вмешательства, курсы лучевой терапии с указанием даты и области.

Даётся характеристика послеоперационным изменениям ткани головного мозга.

Оценивается:

Наличие / отсутствие опухолевой ткани или других внутримозговых изменений.

Активность опухолевой ткани или других внутримозговых изменений описывается с помощью SUV max. Указывается показатель TBR с оценкой на всех трех этапах.

Даётся характеристики обнаруженных изменений: метаболическая опухолевая ткань, постлучевые изменения, воспаление.

При проведении сравнения с предыдущими исследованиями указывается характеристики обнаруженных изменений в сравнении

Указывается:

Расширены/не расширены желудочки головного мозга. Смещены/ не смещены срединные структуры головного мозга.

При наличии артефактов, а также других причин, не позволяющих корректно оценить исследуемую область.

ОФОРМЛЕНИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ

1. Применяются общеприменимые термины и понятия.
2. Допускаются сокращения, предусмотренные МКБ-10.
3. Не допускается использование образных описаний, если нет устоявшегося термина («По типу зеленой ветки», «Матового стекло» и др., используемые в профессиональной литературе).
4. Указывается, что заключение не является клиническим диагнозом.
5. Интерпретируются выявленные изменения в совокупности с данными МРТ: наличие активной опухолевой ткани, свидетельствующей о прогрессировании опухоли, постлучевые изменения, другие варианты течения заболевания (в том числе смешанные изменения).
6. В случае отказа от предоставления данных предыдущих исследований, МРТ-исследований информировать о таких последствиях, как снижением информативности методики исследования с анализом результатов.
7. При сравнении двух ПЭТ/КТ исследований в динамике указываются характеристики: полный ответ, частичный ответ, стабилизация заболевания, прогрессирование заболевания.
8. При клинической необходимости, при неопределенных результатах данных ПЭТ/КТ, не позволяющих достаточно достоверно оценить найденные патологические изменения, рекомендовать дополнительное обследование, которые могут помочь верифицировать находки, или повторное исследование МРТ.

## 20. Приложение 11

## Алгоритм описания исследования МРТ, КТ

 Врач, анализирующий рентгенологическое исследование (КТ, МРТ), должен строго последовательно отражать пункты, следуя настоящему протоколу.

Отсутствие данных, предусмотренных настоящим протоколом, нарушение последовательности описания недопустимо и считается некачественным оформлением документации.

Врач-рентгенолог

• Осуществляет идентификацию пациента, анализирует анкету и лист информированного согласия, заполненные пациентом, убеждается в отсутствии факторов риска.

• Вносит, либо проверяет корректность внесенных лаборантом\администратором персональных данных пациента:

- фамилию, имя, отчество пациента, дату его рождения

- номер медицинской карты пациента

- название рентгенологической диагностической системы с указанием эффективной дозы

- анатомическую область рентгенологического исследования

- название, дозировку и способ введения контрастного лекарственного препарата (при рентгенологическом исследовании с контрастным усилением)

• Убеждается в наличии направления на исследование от лечащего врача и правильности его оформления:

- штамп учреждения (наименование и адрес организации), печать для справок, личная печать врача

- ФИО пациента

- диагноз основного заболевания, код диагноза по МКБ

- дополнительные клинические сведения (основные симптомы, результаты проведенных лабораторных, инструментальных и иных видов исследований, описание медицинских вмешательств (манипуляций, операций)

- вид необходимого рентгенологического исследования

- цель назначенного рентгенологического исследования

- ФИО и должность лечащего врача

• Сверяет правильность выбора области исследования с данными направления

• Отражает в протоколе предварительный диагноз и цель исследования

**Специальная часть**

Информация, указываемая по выполненному исследованию:

- При необходимости указать уровень исследования, наличие функциональных проб, или расширение области исследования:

 пример:

•мягкие ткани шеи - исследование выполнено от уровня нижней челюсти до уровня дуги аорты

•исследование гортани выполнено с функциональными пробами на смыкание голосовых складок

•исследование височно-нижнечелюстного сустава выполнено в положении закрытого, полуоткрытого и открытого рта

- При возникновении осложнений внести в протокол исследования их описание и мероприятия по их купированию

-Указать, что врач ознакомлен с данными биохимического анализа крови пациента, в частности с уровнем креатинина, произведен подсчет СКФ (скорость клубочковой фильтрации). При необходимости порекомендовать пациенту гидратацию (питьевой режим) и консультацию нефролога\уролога

Протокол исследования содержит подробное описание результатов проведенного рентгенологического исследования, отвечает определенным требованиям, несет в себе упорядоченный максимум значимой диагностической информации в сжатой и простой для восприятия форме.

В протоколе не допускается сокращение терминов.

ГОЛОВНОЙ МОЗГ

СРЕДИННЫЕ СТРУКТУРЫ: оценка смещения

ВЕЩЕСТВО ГОЛОВНОГО МОЗГА: патологические очаги и образования: локализация, размеры, структура, характер контрастного усиления.

ЛИКВОРОСОДЕРЖАЩИЕ ПРОСТРАНСТВА: расширение, патологическое содержимое

Желудочки мозга: расширение, симметричность, деформация.

Оценка селлярной области

Уровень расположения миндалин мозжечка.

Оценка костных структур, при МСКТ с построением 3D реконструкции.

Воздушность клеток сосцевидных отростков и околоносовых пазух: анатомическое строение, воздушность, гипертрофические изменения слизистой, наличие жидкостного содержимого.

ГЛАЗНИЦЫ

КОСТНЫЕ СТЕНКИ глазниц: строение, деструкция, травматические повреждения.

ГЛАЗНЫЕ ЯБЛОКИ: форма, контуры, симметричность.

МЫШЦЫ И СОСУДЫ ГЛАЗ: толщина, структура, симметричность.

Зрительные нервы: ровность хода, контуры, толщина, структура.

РЕТРОБУЛЬБАРНАЯ КЛЕТЧАТКА: однородность структуры, дополнительные патологические объемные образования.

ОКОЛОНОСОВЫЕ ПАЗУХИ

ЛОБНЫЕ ПАЗУХИ: анатомическое строение, воздушность, гипертрофические изменения слизистой, наличие жидкостного содержимого, проходимость фронтоназальных соустий.

Клетки РЕШЕТЧАТОЙ ПАЗУХИ: анатомическое строение, воздушность, утолщение слизистой, жидкостное содержимое.

ОСНОВНАЯ ПАЗУХА: анатомическое строение, воздушность, утолщение слизистой, жидкостное содержимое, проходимость сфеноназальных соустий.

 ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫЕ ПАЗУХИ:

- правая - анатомическое строение, воздушность, утолщение слизистой, жидкостное содержимое, проходимость гаймороназального соустья

- левая - анатомическое строение, воздушность, утолщение слизистой, жидкостное содержимое, проходимость гаймороназального соустья

НОСОВАЯ ПЕРЕГОРОДКА: искривлена\нет, костный гребень, его ориентация.

Носовые ходы сужены\нет. Носовые раковины: строение.

Мягкие ткани: особенности.

МЯГКИЕ ТКАНИ ШЕИ

НОСОГЛОТКА – анатомическое строение, объемные образования:да\нет

Контуры ГЛОТКИ и ГОРТАНИ: деформированы\нет, просветы сужены\нет. Грушевидные синусы свободны, симметричны. Голосовые складки – толщина, симметричность, контуры, наличие объемных образований.

Хрящи гортани форма, деструкция: есть/нет.

Щитовидная железа: форма, размеры, структура.

Слюнные железы околоушные, поднижнечелюстные – анатомическое строение, симметричность, структура, наличие объемных образований.

Магистральные сосуды: ход, ширина просвета, наличие атеросклеротических бляшек.

Лимфоузлы шеи: размеры локализация, структура

КОСТНЫЕ СТРУКТУРЫ: очаговые и деструктивные изменения: есть/нет.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ

ЛЕГКИЕ:

- узелки, узлы: количество, локализация, размеры, структура, окружающая паренхима

- объемное образование: локализация, форма, размеры, структура, характер накопления контрастного препарата, взаимодействие с окружающими органами и тканями (инвазия и ее степень)

- инфильтративные изменения: есть\нет

- Трахея и бронхи: воздушность, сужение, толщина стенок бронхов.

- Содержимое (выпот, воздух) в плевральных полостях.

ДИАФРАГМА: расположение, контуры.

СРЕДОСТЕНИЕ: смещение, структура

Сердце: форма, размеры. Магистральные сосуды: расширены\нет, дефекты контрастирования, кальциноз стенок

Выпот в полости перикарда: да (количество)\нет.

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ: внутригрудные, аксилярные: локализация, количество, размеры, структура.

МЯГКИЕ ТКАНИ: особенности.

КОСТНЫЕ СТРУКТУРЫ: очаговые и деструктивные изменения: есть/нет.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ

ПЕЧЕНЬ: размер, структура паренхимы. Наличие объемных образований: локализация, контуры, размеры, характер накопления контрастного препарата. Внутрипеченочные желчные протоки и сосуды: расширены\нет

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ: размеры, толщина стенок, наличие конкрементов.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА: размеры, контуры, структура, наличие объемных образований. Главный панкреатический проток- расширен\нет.

СЕЛЕЗЕНКА: размеры, структура, наличие образований.

ЖКТ: Желудок, двенадцатиперстная, тонкая, ободочная кишка: анатомическое строение, толщина стенок, наличие объемных образований, характеристика окружающих тканей.

НАДПОЧЕЧНИКИ: расположение, форма, размеры, наличие объемных образований.

ПОЧКИ: расположение, форма, размеры, структура паренхимы, наличие объемных образований: локализация, контуры, размеры, характер накопления контрастного препарата. Чашечно-лоханочные системы: расширены\нет. Мочеточники расширены\нет. Конкременты: местоположение, форма, размеры, количество, плотность.

МАГИСТРАЛЬНЫЕ СОСУДЫ: расширение\сужение, кальцинаты в стенках

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ: локализация, количество, размеры.

Наличие свободной жидкости в брюшной полости да\нет.

Утолщение абдоминальной брюшины, проявления карциноматоза.

Мягкие ткани: особенность\липомы\отек.

КОСТНЫЕ СТРУКТУРЫ: очаговые, дегенеративные изменения, деструкция

МАЛЫЙ ТАЗ

МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ: наполнение. Стенки: толщина, наличие объемных образований. Внутри-просветное содержимое: жидкостное\ конкременты. Устья мочеточников: расширение.

ПРЕДСТАТЕЛЬНАЯ ЖЕЛЕЗА**:** размеры, структура, наличие патологических очагов, целостность капсулы, характер контрастирования

СЕМЕННЫЕ ПУЗЫРЬКИ: форма, размеры, структура.

ИЛИ

МАТКА: положение, размеры, полость: расширение, деформация; эндометрий, миометрий: толщина, структура, объемные образования.

ЯИЧНИКИ: местоположение, размеры, структура.

Прямая кишка и параректальная клетчатка.

Магистральные сосуды: расширение, сужение, в стенках кальцинаты: да\нет.

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ: локализация, количество, размеры.

Наличие свободной или осумкованной жидкости: да\нет.

Оценка мягких тканей.

КОСТНЫЕ СТРУКТУРЫ: очаговые, дегенеративные изменения, деструкция

СУСТАВЫ

СУСТАВЫ: Костно-суставные соотношения сохранены\нет. Суставная щель сужена/нет.

Смежные суставные поверхности не изменены (деформированы за счет краевых костных заострений, разрастаний).

Субхондральные отделы не изменены\уплотнены, с наличием субхондральных кист.

Наличие выпота в полости сустава: есть/нет.

КОСТИ: Форма костей, формирующих сустав. Контуры, структура костей. Периостальные и эндостальные изменения: да\нет. Костно-травматические и костно-деструктивные изменения: да/нет.

Характеристика связочного аппарата: анатомическое строение, повреждение: да\нет

Мениски: форма, структура, повреждение: характер и степень повреждения.

Оценка внутрисуставного хряща, толщина, структура, наличие дефектов.

Наличие свободных внутрисуставных тел:да\нет

МЯГКИЕ ТКАНИ: особенности.

ПОЗВОНОЧНИК

СТАТИКА: Физиологический лордоз (кифоз) сохранен/усилен/ выпрямлен. Отклонение во фронтальной плоскости: да\нет

ПОЗВОНОЧНЫЙ КАНАЛ: не сужен/ стеноз: относительный, абсолютный, уровень.

СТРУКТУРА ПОЗВОНКОВ: Высота тел позвонков: сохранена\снижена. Костная деструкция: да\нет.

Дугоотростчатые сочленения: не изменены/ признаки остеоартроза

МЕЖПОЗВОНКОВЫЕ ДИСКИ: высота, структура. Характеристики выбухания дисков: положение, размер, воздействие на невральные структуры.

ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНЫЕ ТКАНИ**:** особенности

АНГИОГРАФИЯ

СОСУДЫ:

- анатомическое строение, ход: ровный, извитость (степень извитости)

- ширина просвета: аневризма (характеристики), стеноз (степень в процентах).

- окклюзия: уровень, протяженность, наличие коллатералей

- стенки: толщина, наличие атеросклеротических бляшек и пристеночного тромбоза

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

• в заключении отражаются рентгенологические признаки: заболеваний, травм, физиологических или патологических состояний, врожденных пороков развития, неспецифических изменений, заболеваний и состояний, которые позволяют сформировать дифференциально-диагностический ряд

• в заключении применяются стандартизированные шкалы оценки результатов. Используется формулировка: данные соответствуют (уверенность до 90%), вероятнее всего (до 75%), может соответствовать (до 50%), мало вероятно (до 25%), данных не получено (до 10%).

• в протоколе применяются общеприменимые термины и понятия.

• Не допускаются сокращения. Не допускается использование образных описаний по типу «pig tail» и др.

При необходимости рекомендации:

- консультация специалистов различного профиля (нефролог при снижении скорости клубочковой фильтрации, кардиолог при выявленной патологии сердечно сосудистой системы, фтизиатр при подозрении на специфический процесс и др.)

- дообследование (лабораторные методы, рентгенологические методы, морфологическая верификация)

• Заключение отражает динамические изменения и степень эффективности лечения (при наличии предыдущих релевантных исследований на электронном носителе), используется система Recist 1.1.

• К протоколу прилагаются изображения, в том числе на цифровых носителях.

• При проведении рентгенологического исследования в рамках оказания медицинской помощи в экстренной форме протокол составляется непосредственно после проведения рентгенологического исследования и немедленно передается лечащему врачу

• В диагностических сложных случаях при проведении рентгенологических исследований врач-рентгенолог в целях вынесения заключения привлекает для проведения консультаций других врачей-специалистов. При проведении консультаций протокол также подписывается врачом-специалистом, осуществлявшим консультирование.

• Подпись врача.

## 21. Приложение 12

## Алгоритм описания истории болезни

##

ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ

Лицевая сторона - заполняется в день поступления пациента дежурным врачом, лечащим врачом, заведующим отделения.

Титульный лист содержит:

1. Дата и время поступления - считать время, в которое дежурным врачом или заведующим отделением было принято решение о госпитализации в профильное отделение;
2. Дата и время выписки;
3. Количество койко - дней;
4. Вид транспортировки -  указать «на каталке», «на кресле», «может идти»;
5. Информацию о группе крови, резус-факторе, побочном действии лекарственных средств (непереносимости) - фиксируются дежурным врачом (врачом приемного отделения, лечащим врачом) при первичном осмотре больного;
6. ФИО пациента;
7. Пол;
8. Возраст - число полных лет, дата и место рождения пациента;
9. Гражданство;
10. Номер полиса ОМС - страховой номер и номер индивидуального лицевого счета (при наличии);
11. Адрес постоянного места жительства – (для приезжих - область, район) населенный пункт, адрес родственников и их № тел.;
12. Место работы - профессия или должность, для учащихся - место учебы, для детей - название детского учреждения, школы; для инвалидов - род и группа инвалидности;
13. Название лечебного учреждения - кем был направлен;
14. Диагноз клинический - с указанием кода МКБ;
15. Сопутствующий – указывается в случае наличия у пациента другого заболевания, которое не менее значимо для оценки тяжести и прогноза, чем основное, в графе «основной диагноз», на усмотрение лечащего врача, устанавливается конкурирующее, сочетанное или фоновое заболевание, с указанием стадий, степени и рисков (отражается в разделе «диагноз клинический» после основного заболевания);
16. Диагноз заключительный клинический - записывается в день выписки пациента из стационара в развернутом виде, в соответствии с унифицированными классификациями и современными требованиями к формулировке диагнозов. Осложнение лечения по основному заболеванию выносится в диагноз по усмотрению лечащего врача;
17. Осмотр больного на педикулез - указать результат.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

В соответствии с ФЗ РФ 21.11.2011 №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» утвержденная форма информированного добровольного согласия хранится в системе OMIS.

НАПРАВЛЕНИЕ 057/У

Направление на госпитализацию содержит:

1. Номер направления;
2. Название медицинской организации, направившей на госпитализацию;
3. Название медицинской организации куда направлен пациент (название АО «Европейский медицинский центр»);
4. Код льготы (если таковая имеется),
5. Дату выдачи;
6. Код диагноза;
7. Обоснование направления (для госпитализации, консультации, обследования);
8. ФИО, специальность врача, выдавшего направление;
9. Печать врача, зав отделением и их подписи;
10. Печать медицинской организации, направившей на исследование;

ОСМОТР ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА СОВМЕСТНО С ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ (врачом общей практики) В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ

Содержит:

1. Жалобы - указать основные жалобы больного, предъявляемые им в день курации (осмотра);
2. Анамнез - указать даты начала заболевания, заключение (номер и дата) гистологического, иммуногистохимического ИГХ, МГИ исследования) ранее проводимого лечения;
3. Данные актуального обследования
	1. SpO2,
	2. Температура тела,
	3. Рост,
	4. Вес,
	5. ИМТ,
	6. S тела,
	7. Креатинин,
	8. СКФ
	9. Состояние, соответствие ECOG,
4. Анализы на ВИЧ, Гепатиты, RW и др.;
5. Заключение о возможности пребывания в стационаре и лечение в отделении;
6. Подпись врача-специалиста и врача-терапевта.

Паспорт, полис ОМС, СНИЛС, направление на госпитализацию форма 057/у, лабораторные, инструментальные исследования, протоколы онкологического консилиума и выписные эпикризы из направившей МО (при наличии) прикрепляются к стационарной карте.

ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА СОВМЕСТНО С ЗАВ. ОТДЕЛЕНИЕМ

Содержит:

1. Жалобы, анамнез (см осмотр в приёмном отделении);
2. План обследования;
3. Назначения и рекомендации с обоснованием - план лучевой и химиотерапии с подробным описанием назначенного лечения;
4. Страховой анамнез - Работает/Не работает. ЛН есть или нет. Если есть, дата выдачи первичного с указанием количества дней нетрудоспособности.

ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЯ:

1. Заполняется четко, подробно, с указанием даты назначения и даты отмены лекарственных средств.
2. Лекарственные препараты пишутся на латинском языке с указанием торгового названия препаратов, дозы, кратность и пути введения.

ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ

Содержит:

1. Показатели температуры тела - фиксируются минимум два раза в день;
2. Величина артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений;
3. Суточное количество мочи и выпитой жидкости, а также сведения об уходе за пациентом - при клинической необходимости (СН, ХПБ, ОПН, некомпенсированный СД, Цирроз по Чалд-Пью класс Б и С)

ДНЕВНИКОВЫЕ ЗАПИСИ**:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Состояние пациента** | **Первая дневниковая запись** | **Периодичность записей** | **Примечание** |
| **1** | удовлетворительное состояние | На следующий день после госпитализации | 1 раз в три дня | Плановый дневник оформляется до 11:00 |
| **2** | средней степени тяжести |  | ежедневно |  |
| **3** | тяжелое состояние |  | 2 раза в сутки | (одна запись может быть выполнена дежурным врачом) |

**Дневниковые записи оформляются в хронологическом порядке**

Дневник содержит:

1. оценку состояния пациента

2. АД, Пульс, SpO2, температуру тела.

3. Жалобы по основному заболеванию, при необходимости динамика жалоб и/или вновь появившиеся жалобы, несвязанные с основным заболеванием.

4. Описание Status localis при необходимости (в частности лучевые реакции – указывать при наличии).

5. Данные о проводимом лечении (фракция, РОД, СОД, ХТ):

- реакция на лечение (переносимость «удовлетворительно/состояние без отрицательной динамики»);

- обоснование изменения проводимого лечения (динамика клинико-лабораторных показателей, жалобы и т.д);

- расчет доз (S тела, AUC и т.д.);

- интерпретация результатов клинико-лабораторных показателей;

- обоснование назначения дополнительных лекарственных средств, не связанных с основным заболеванием, с последующим описанием результата (состояние пациента);

- данные лекарственных средств, которые пациент получает для терапии сопутствующего заболеваний,

- об экспертизе временной нетрудоспособности (при решении продлить листок временной нетрудоспособности)

6. Обход или осмотр дежурного врача

7. Подпись врача.

СОВМЕСТНЫЙ ОБХОД С ЗАВ.ОТДЕЛЕНИЯ:

Проводится один раз в неделю.

Совместный обход с зав. отделения содержит:

1. Дату и время осмотра;
2. Данные консультанта - специальность и ФИО;
3. Данные пациента – ФИО, жалобы, общий осмотр, проводимое лечение, переносимость лечения (субъективно, объективно (токсичность, лучевые реакции и пр.);
4. Описание патологических изменении;
5. Диагноз и рекомендации по дальнейшему ведению;
6. Согласованную позицию по диагнозу, рекомендации по обследованию и лечению (рекомендации консилиума обязательны для выполнения);
7. Подпись врача и зав. отделения.

ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ

Этапный эпикриз:

1. Оформляться 1 раз в 10 дней, как результат совместного осмотра лечащего врача с заведующим отделением, запись озаглавливается: «Совместный осмотр с заведующим отделения».

В день написания этапного эпикриза дневниковая запись не оформляется.

Этапный эпикриз отражает:

1. Динамические изменения о состоянии пациента, возникшее в ходе лечения, не влияющие на тактику лечения, выносятся на усмотрение лечащего врач.

2. Осложнения основного заболевания могут быть внесены, если они имеют прогностическое значение и влияют на эффективность лечения.

3. Причины длительной госпитализации с определением дальнейшей тактики лечения.

Содержит:

1. Диагноз;
2. Динамику жалоб;
3. Общий осмотр;
4. Проводимое лечение;
5. Переносимость лечения (субъективно, объективно (токсичность, лучевые реакции и пр.), динамику показателей анализов и инструментальных методов обследования);
6. Цель лечения - достигнута/ не достигнута / положительная динамика/ без динамики;
7. Решение о дальнейшей тактике обследования и лечения;
8. Подпись врача и заведующего отделением

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Содержит:

1. ФИО пациента, дату (при необходимости время) поступления и выписки (смерти);
2. Диагноз клинический заключительный содержит:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Вид диагноза | отражает | Требования к формулировке диагноза | Примечания  | В диагнозе не указываться  |
| 1 | Диагноз основного заболевания  | Заболевание, по поводу которого пациент получал лечение | формулируется в соответствии с действующей редакцией МКБ и действующими клиническими рекомендациями учитываются в статистических данных | «Лейкопения», «нейтрофилия», «гипогемоглобинемия» не являются диагнозом, не предусмотрены МКБ. Это лабораторные симптомы и ли синдромы основного, сопутствующего заболевания или проявлением осложнения лечения заболевания. | Синдромы и симптомы, являющиеся проявлением заболевания. |
|  | Осложнения основного заболевания | Состояние, связанное с течением основного заболевания проявившиеся в виде предусмотренного номенклатурой (МКБ. Клинические рекомендации) проявления имеющего прогностическое значение, влечет за собой изменение к подходам к лечению и подлежит статистическому учету. | Формулируется в соответствии с действующей редакцией МКБ и действующими клиническими рекомендациями учитываются в статистических данных |  |  |
|  | Диагноз сопутствующего заболевания: | Указывается диагноз заболевания имущего высокий риск летального исхода течение года (ОНМК, ИМ, СД, АГ, ХСН, нарушение ритма сердца и др.)влияющие на развитие тяжелых осложнений  | Формулируется в соответствии с действующей редакцией МКБ и действующими клиническими рекомендациями учитываются в статистических данных | Заболевания не влияющие на риск смерти в течение года отражаться в диагнозе по усмотрению лечащего врача. |  |
|  | Осложнения лечения  | Состояния имеющие высокий риск летального исхода и/ или инвалидизации пациента Состояния, потребовавшие прервать лечение или изменить тактику ведения пациента (смена метода лечения) | Формулируется в соответствии с действующей редакцией МКБ и действующими клиническими рекомендациями учитываются в статистических данных | Анафилактический шок, кровотечение, развитее генерализованного судорожного синдрома и т.д. | отражаются в разделе «7. Проведенное в стационаре лечение» |

1. Основные жалобы при поступлении (кратко);
2. Основные анамнестические данные (кратко);
3. Основные патологические данные по органам;
4. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования - при поступлении и при выписке или смерти;
5. Проведенное в стационаре лечение - режим, диета, медикаментозные средства (их дозировка и длительность приема), физические методы исследования, операции и т.д.
6. Рекомендации о плановой явке пациента к врачу (по месту жительства, по месту диспансерного наблюдения)
7. Рекомендации по лечению, плановому обследованию
8. Информация о нетрудоспособности (не нуждается/ № больничного листка дата)
9. Подпись врача
10. Подпись заведующего отделением.

## 22. Приложение 13

 **Схема передачи обращений граждан (для внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности).**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Прием и регистрация обращения в АО «ЕМС»  |  | Дальнейшая маршрутизация обращения в «ММОЦ»  |  | Поступление обращение в административный отдел «ММОЦ» |  | Обработка обращения и закрепление за исполнителем |  | Разбор обращения и подготовка ответа заявителю (согласование с юр. Отделом) |  | Ответ заявителю |

 **От 10 до 30 дней 1 день**

 **В период 1 рабочего дня**

**23. ПРИЛОЖЕНИЕ 14**

**Алгоритм подбора медицинской документации в ММОЦ по запросу страховых компаний(СМО) и сторонних организаций (Минздрав РФ, Росздравнадзора, органы следствия и прокуратуры)**

 При поступлении запроса в ММОЦ на предоставление медицинской документации:

1. Отдел по работе со страховыми компаниями МФЦ) Машнина Л.В. – **в течении 2 часов** **обрабатывает и перенаправляет запрос** Административному директору Семёновой Т.В. и Старшему администратору (Лисицин А.С.).

**Копия** запроса направляется Руководителю отдела медицинских проектов и контроля качества медицинской помощи и экспертам отдела.

1. После обработки запроса Административный директор и Старший администратор в **течении 2 часов обрабатывают и** перенаправляют **запрос** заведующим отделениями и старшим администраторам отделений, главному врачу и старшему администратору СМЦ «Солнцево», а также в Архив ММОЦ.

**Копия запроса** направляется врачам-методистам отдела медицинских проектов и контроля качества медицинской помощи для оперативного взаимодействия со страховыми компаниями и заведующими отделений «ЕМЦ» и СМЦ «Солнцево»).

1. Архив ММОЦ при получении запроса от Административного директора и/или Старшего администратора в течении 1-х суток производит подбор имеющихся медицинских карт (отмечает их наличие или отсутствие в Архиве) и направляет заведующим профильных отделений подобранные медицинские карты для проведения предэкспертного контроля. Сотрудники Архива «ЕМЦ» по результатам подбора медицинских карт ставят в известность заведующих отделений и врачей методистов ОМПиКК о наличии или отсутствии запрашиваемой медицинской документации.
2. Заведующие отделений, в течении вторых суток от получения запроса, проводят внутренний аудит запрошенных медицинских карт и представляют проверенные истории в ОМПиКК для проведения заключительного этапа подготовки медицинской документации к проверке СМО и сторонними организациями.

5. Врачи-методисты ОМПиКК на 3-е сутки от получения запроса, проводят заключительный этап проверки медицинских карт, отмечают необходимые замечания и отправляют медицинские карты на устранение замечаний заведующим отделений.

6. После завершения внутреннего аудита ОМПиКК и заведующими отделений все медицинские карты должны быть направлены на 4 этаж в кабинет 416, где будут происходить контрольно-экспертные мероприятия СМО или иными сторонними организациями.