1.14. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при менингококковой инфекции (код по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): Z22.3)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнено микробиологическое исследование мазка слизистой задней стенки глотки на возбудитель менингококковой инфекции (Neisseria meningitidis) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение лекарственными препаратами системного антибактериального действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

1.15. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при менингококковой инфекции (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): A39, Z22.3)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнено микробиологическое исследование мазка слизистой задней стенки глотки на возбудитель менингококковой инфекции (Neisseria meningitidis) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование показателей гемостаза с исследованием времени кровотечения, времени свертывания крови, коагулограммы (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при подозрении на генерализованную менингококковую инфекцию) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность пациентам с подозрением на генерализованную менингококковую инфекцию | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение лекарственными препаратами системного антибактериального действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено суточное наблюдение врачом-анестезиологом-реаниматологом на койках интенсивной терапии в стационарных условиях с оценкой по шкале комы Глазго (пациентам с рефрактерным септическим шоком и (или) церебральной недостаточностью и (или) некупируемым судорожным статусом) | Да/Нет |
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови | Да/Нет |

1.16. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при сифилисе (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): A50, A51, A52, A53)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена консультация врача-невролога и (или) консультация врача-терапевта, и (или) консультация врача-офтальмолога при подозрении на специфическое поражение внутренних органов, опорно-двигательного аппарата | Да/Нет |
| 3. | Назначено проведение полного курса специфической терапии лекарственными препаратами бензилпенициллина или цефтриаксоном по схемам, соответствующим установленному диагнозу | Да/Нет |
| 4. | Выполнено микроскопическое исследование специфических элементов на бледную трепонему (Treponema pallidum) и (или) молекулярно-биологическое исследование (определение ДНК Treponema pallidum) отделяемого (серозного экссудата) эрозивно-язвенных элементов кожи и слизистых оболочек, и (или) определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) (серологическими методами) (для подтверждения диагноза сифилиса) | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение пенициллинами или антибактериальными лекарственными препаратами системного действия резерва (цефтриаксон, доксициклин, эритромицин) | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

1.17. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при сифилисе (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): A50, A51, A52, A53)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ спинномозговой жидкости и определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в реакции непрямой иммунофлюоресценции в ликворе, и качественное и полуколичественное определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в спинномозговой жидкости в нетрепонемных тестах (тест Исследовательской лаборатории венерических заболеваний, реакция микропреципитации), и качественное и полуколичественное определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в реакции пассивной гемагглютинации в ликворе (при установлении диагноза нейросифилис) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена консультация врача-невролога и (или) консультация врача-терапевта, и (или) консультация врача-офтальмолога при подозрении на специфическое поражение внутренних органов, опорно-двигательного аппарата | Да/Нет |
| 4. | Выполнено проведение полного курса специфической терапии лекарственными препаратами бензилпенициллина или цефтриаксоном по схемам, соответствующим установленному диагнозу | Да/Нет |
| 5. | Выполнено микроскопическое исследование специфических элементов на бледную трепонему (Treponema pallidum) и (или) молекулярно-биологическое исследование (определение ДНК Treponema pallidum) отделяемого (серозного экссудата) эрозивно-язвенных элементов кожи и слизистых оболочек, и (или) определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) (серологическими методами) (для подтверждения диагноза сифилиса) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение пенициллинами или антибактериальными лекарственными препаратами системного действия резерва (цефтриаксон, доксициклин, эритромицин) | Да/Нет |
| 7. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

1.18. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при гонококковой инфекции (код по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): A54)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено микроскопическое и (или) молекулярно-биологическое, и (или) микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов и (или) уретры, слизистой оболочки прямой кишки на гонококк (Neisseria gonorrhoeae) | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение цефтриаксоном или цефотаксимом, или цефиксимом, или спектиномицином | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

1.19. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при хламидийной инфекции (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): A56, A74)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследования молекулярно-биологическими методами | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение доксициклином или офлоксацином, или миноциклином | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение азитромицином или амоксициллином беременным, женщинам в период лактации | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение азитромицином или эритромицином детям | Да/Нет |

1.20. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при урогенитальном трихомониазе (код по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): A59)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование отделяемого женских половых органов и (или) отделяемого из уретры на трихомонас вагиналис (Trichomonas vaginalis) микроскопическим методом и (или) молекулярно-биологическим методом, и (или) культуральным методом исследования (подтверждение диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение метронидазолом или тинидазолом, или орнидазолом | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

1.21. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при аногенитальной герпетической вирусной инфекции (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): A60 (A60.0, A60.1, A60.9)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Назначено лечение ацикловиром или валацикловиром, или фамцикловиром | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

1.22. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при аногенитальных (венерических) бородавках (код по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): A63.0)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Назначено удаление аногенитальных (венерических) бородавок | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

1.23. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при урогенитальных заболеваниях, вызванных Mycoplasma genitalium (код по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): A63.8)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение ДНК микоплазмы гениталиум (Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистой женских половых органов методом полимеразной цепной реакции или определение pРНК микоплазмы гениталиум (Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистой женских половых органов с помощью реакции транскрипционной амплификации в режиме реального времени, и (или) молекулярно-биологическое исследование спермы на микоплазму гениталиум (Mycoplasma genitalium), и (или) определение ДНК микоплазмы гениталиум (Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистой мочеиспускательного канала методом полимеразной цепной реакции, или определение pРНК микоплазмы гениталиум (Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистой мочеиспускательного канала с помощью реакции транскрипционной амплификации в режиме реального времени | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение доксициклином и азитромицином или доксициклином и моксифлоксацином при уретрите и (или) цервиците, вызванным Mycoplasma genitalium | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение доксициклином или моксифлоксацином при сальпингоофорите и (или) эндометрите, вызванным Mycoplasma genitalium | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

1.24. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при урогенитальных заболеваниях, вызванных Mycoplasma genitalium (код по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): A63.8)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение ДНК микоплазмы гениталиум (Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистой женских половых органов методом полимеразной цепной реакции или определение pРНК микоплазмы гениталиум (Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистой женских половых органов с помощью реакции транскрипционной амплификации в режиме реального времени, и (или) молекулярно-биологическое исследование спермы на микоплазму гениталиум (Mycoplasma genitalium), и (или) определение ДНК микоплазмы гениталиум (Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистой мочеиспускательного канала методом полимеразной цепной реакции, или определение pРНК микоплазмы гениталиум (Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистой мочеиспускательного канала с помощью реакции транскрипционной амплификации в режиме реального времени | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение доксициклином и азитромицином или доксициклином и моксифлоксацином при уретрите и (или) цервиците, вызванным Mycoplasma genitalium | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение доксициклином или моксифлоксацином при сальпингоофорите и (или) эндометрите, вызванным Mycoplasma genitalium | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

1.25. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при остром гепатите A (код по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): B15) (без печеночной комы)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, и исследование активности щелочной фосфатазы в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, и исследование глюкозы в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнена консультация врача-инфекциониста | Да/Нет |

1.56. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при острых кишечных инфекциях (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): A04.0-A04.9, A05.0, A05.3-A05.9, A08.0-A08.5, A09.0, A09.9, B34.1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнена оценка степени тяжести синдрома дегидратации с помощью вопросника, оценочной шкалы | Да/Нет |
| 2. | Выполнено бактериологическое исследование кала на энтеропатогенную группу (идентификация бактерий культуральным методом с помощью питательных сред и биохимических тестов) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено бактериологическое исследование пробы кала (пациентам декретированной группы) (контрольное) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение антигенов вирусов в образцах кала или молекулярно-биологическое исследование кала (определение РНК) (при обращении за медицинской помощью) и лицам декретированных категорий (повторно через 1-2 календарных дня после окончания специфического лечения) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены копрологическое исследование и микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов, простейшие и их цисты | Да/Нет |
| 6. | Назначена регидратация (пациентам с секреторной и гиперосмолярной диареей) (перорально) | Да/Нет |
| 7. | Назначено лечение кишечными адсорбентами на основе диоксида кремния или диосмектита, или лигнина, или поливинилпирролидона (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Назначено лечение антимикробными лекарственными препаратами (пациентам с признаками колита (инвазивной диареи) и (или) генерализации инфекции, и (или) при наличии сахарного диабета, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и других) и при затянувшемся бактериовыделении в периоде реконвалесценции (у декретированных групп) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено достижение нормализации температуры, прекращения рвоты (критерии выписки из стационара) | Да/Нет |

1.57. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при острых кишечных инфекциях (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): A04.0-A04.9, A05.0, A05.3-A05.9, A08.0-A08.5, A09.0, A09.9, B34.1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнена оценка степени тяжести синдрома дегидратации с помощью вопросника, оценочной шкалы | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный не позднее 12 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 3. | Выполнено бактериологическое исследование кала на энтеропатогенную группу | Да/Нет |
| 4. | Выполнено бактериологическое исследование пробы кала (пациентам декретированной группы) (контрольное) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение антигенов вирусов в образцах кала или молекулярно-биологическое исследование кала (при обращении за медицинской помощью) и лицам декретированных категорий (повторно через 1-2 календарных дня после окончания специфического лечения) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены копрологическое исследование и микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов, простейшие и их цисты | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование креатинина в крови, и исследование калия в крови, и исследование натрия в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование глюкозы в крови (пациентам с шоком и (или) признаками обезвоживания  II степени, и (или) при тяжелом течении) (в течение 12 часов от момента поступления в стационар) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 9. | Выполнена регидратация (пациентам с секреторной и гиперосмолярной диареей) (перорально) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена регидратация (пациентам при наличии явлений шока, острого повреждения почек, обезвоживания II-III степени, с неукротимой рвотой, потерями жидкости более 1,5 л/ч, сахарным диабетом) (внутривенно) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено лечение кишечными адсорбентами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено лечение антимикробными препаратами | Да/Нет |
| 13. | Выполнено достижение нормализации температуры, прекращения рвоты и нормализации стула (критерии выписки из стационара) | Да/Нет |
| 14. | Выполнено контрольное лабораторное исследование (бактериологическое или полимеразная цепная реакция, или иммуноферментный анализ) лицам декретированных категорий при установленной этиологии острой кишечной инфекции через 1-2 календарных дня после окончания специфического лечения | Да/Нет |
| 15. | Выполнено определение массы тела | Да/Нет |

1.58. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при шигеллезе (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): A03, A03.0, A03.1, A03.2, A03.3, A03.8, A03.9, A06.0)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено копрологическое исследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование кала или ректального мазка или рвотных масс и (или) промывных вод желудка, на микроорганизмы рода шигелла (Shigella spp.), сальмонелла (Salmonella spp.) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена оценка степени тяжести синдрома дегидратации с помощью вопросника, оценочной шкалы (пациентам в возрасте до 18 лет) | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение антимикробными лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

1.59. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при шигеллезе (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): A03, A03.0, A03.1, A03.2, A03.3, A03.8, A03.9, A06.0)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный и общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 2. | Выполнено копрологическое исследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование активности альфа-амилазы в крови и исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование мочевины в крови, и исследование калия в крови, и исследование натрия в крови, и исследование креатинина в крови, и исследование C-реактивного белка в крови (пациентам со среднетяжелыми и тяжелыми формами) (не позднее 12 часов от момента поступления в стационар) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование кала или ректального мазка или рвотных масс и (или) промывных вод желудка, на микроорганизмы рода шигелла (Shigella spp.), сальмонелла (Salmonella spp.) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена оценка степени тяжести синдрома дегидратации с помощью вопросника, оценочной шкалы (пациентам в возрасте до 18 лет) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение антимикробными лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено достижение отсутствия жалоб, отсутствия клинических симптомов заболевания, нормализации характера стула, отрицательных результатов бактериологических исследований кала (критерии выписки из стационара) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено проведение молекулярно-биологического исследования кала на ротавирусы (Rotavirus gr. A) или качественное определение РНК ротавирусов группы A (Rotavirus A) в образцах кала методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией, или качественное определение РНК норовирусов генотипа 1, 2 (Norovirus) в образцах кала методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией, или определение РНК калицивирусов (норовирусов) (Caliciviridae (Norovirus)) в образцах кала методом полимеразной цепной реакции (при диагностике) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено микроскопическое исследование кала на простейшие и их цисты или определение ДНК амебы дизентерийной (Entamoeba histolytica) в образцах кала методом полимеразной цепной реакции и других патогенных протистов (пациентам с указанием в анамнезе посещения эндемичных территорий в последние 6 месяцев) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена ректороманоскопия пациентам старше 18 лет при подозрении на хроническое течение шигеллеза, для выявления атипичных форм шигеллеза в очаге инфекции, пациентам из декретированной группы населения | Да/Нет |
| 11. | Выполнено микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов и микроскопическое исследование кала на простейшие и их цисты | Да/Нет |
| 12. | Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 13. | Выполнен осмотр врачом-хирургом в течение 30 минут часов от момента поступления в стационар (при наличии медицинских показаний) | Да/Нет |
| 14. | Выполнен осмотр врачом - анестезиологом-реаниматологом до 30 минут от момента поступления в стационар (при наличии показаний) | Да/Нет |
| 15. | Выполнено измерение массы тела, проведена оценка степени дегидратации | Да/Нет |
| 16. | Выполнены измерение артериального давления на периферических артериях, исследование пульса, измерение частоты дыхания, состояния кожных покровов (сухость, бледность, холодные на ощупь, акроцианоз), объема диуреза (олигоурия, олигоанурия) с целью оценки степени обезвоживания и выявления признаков токсико-инфекционного шока | Да/Нет |
| 17. | Выполнено пациентам с симптоматикой гемоколита молекулярно-биологическое исследование (при возможности лаборатории) кала на микроорганизмы рода шигелла (Shigella spp.), EIEC (энтероинвазивные E coli), EHEC (энтерогеморрагические E coli) и на патогенные кампилобактерии (Campylobacter jejuni/coli) | Да/Нет |
| 18. | Выполнено при возможности лаборатории проведение исследований на определение антибиотикорезистентности молекулярно-биологическими методами амплификации нуклеиновых кислот с определением генов антибиотикорезистентности в культуре микроорганизмови (или) в биологическом материале от пациента | Да/Нет |
| 19. | Выполнено при отрицательных результатах бактериологических и молекулярно-биологических исследований на шигеллы определение уровня антител классов M, G (IgM, IgG) к шигелле Боуди (Shigella boydii), к шигелле дизентерии (Shigella dysenteriae), к шигелле Зонне (Shigella sonnei), к шигелле Флекснера (Shigella flexneri) в крови | Да/Нет |
| 20. | Выполнена патогенетическая терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 21. | Выполнена контрольная ректороманоскопия (пациентам из декретированной группы по окончании лечения антимикробными лекарственными препаратами) | Да/Нет |
| 22. | Выполнена выписка после исчезновения клинических симптомов и микробиологического (культурального) исследования кала/ректального мазка на микроорганизмы рода шигелла (Shigella spp.) | Да/Нет |

1.60. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при кори (код по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): B05.9)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнено определение антител IgM к вирусу кори (Measles virus) в крови методом иммуноферментного анализа | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение антител IgG к вирусу кори (Measles virus) в крови методом иммуноферментного анализа | Да/Нет |

1.61. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при кори (код по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): B05.9)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнено качественное определение РНК вируса кори (Measles morbillivirus) в мазке слизистой носоглотки методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение антител IgM к вирусу кори (Measles virus) в крови методом иммуноферментного анализа | Да/Нет |
| 3. | Выполнено определение антител IgG к вирусу кори (Measles virus) в крови методом иммуноферментного анализа | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (пациентам с признаками поражения легочной ткани) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный | Да/Нет |

1.62. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при сепсисе (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): A40, A40.0, A40.1, A40.2, A40.3, A40.8, A40.9, A41, A41.0, A41.1, A41.2, A41.3, A41.4, A41.5, A41.8, A41.9, B37.7)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|  | Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи | Да/Нет |

1.63. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при сепсисе (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): A40, A40.0, A40.1, A40.2, A40.3, A40.8, A40.9, A41, A41.0, A41.1, A41.2, A41.3, A41.4, A41.5, A41.8, A41.9, B37.7)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнена ежедневная оценка состояния по шкале qSOFA при нахождении пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии | Да/Нет |
| 2. | Выполнено микробиологическое исследование биологического материала из очага инфекции и (или) крови с определением чувствительности возбудителя к антимикробным лекарственным препаратам | Да/Нет |
| 3. | Выполнены общий (клинический) анализ крови расширенный, исследование общего билирубина в крови, исследование креатинина в крови, исследование C-реактивного белка в крови, исследование кислотно-основного состояния и газов крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнены необходимые хирургические вмешательства для санации и контроля очага инфекции, если он подвержен хирургическому контролю | Да/Нет |
| 5. | Выполнено введение антимикробных лекарственных препаратов не позднее 3 часов от момента установления диагноза сепсис и (или) не позднее 1 часа от момента установления диагноза септический шок | Да/Нет |
| 6. | Выполнена инфузия растворов электролитов при сепсисе со стойкой гипотензией в течение 3 часов с момента перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии в стартовом объеме до 30 мл/кг массы тела | Да/Нет |
| 7. | Выполнено введение норэпинефрина, внутривенно капельно (или с помощью дозатора) в начальной дозе от 0,1 до 0,3 мкг/кг в минуту с последующим пошаговым увеличением дозы и скорости до достижения уровня среднего артериального давления не ниже 65 мм рт.ст. при развитии гипоперфузии, не связанной с гиповолемией | Да/Нет |
| 8. | Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи | Да/Нет |
| 9. | Выполнена оценка состояния по шкале qSOFA в профильном отделении при подозрении на сепсис | Да/Нет |
| 10. | Выполнена антимикробная терапия при выявлении полирезистентных бактерий и грибов | Да/Нет |
| 11. | Выполнено микробиологическое исследование биологического материала из очага инфекции и (или) крови с определением чувствительности возбудителя к антимикробным лекарственным препаратам | Да/Нет |
| 12. | Выполнено исследование молочной кислоты (лактата) в крови в отделении реанимации и интенсивной терапии при подозрении на септический шок | Да/Нет |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный или прием (консультация) врача-невролога повторный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены общий (клинический) анализ крови, комплекс исследований для оценки общевоспалительных реакций, базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) при атипичной клинической картине мигрени, имеющей хотя бы один настораживающий симптом, указывающий на наличие другого заболевания, которое может быть причиной головной боли, и (или) при осложнениях мигрени (симптомы опасности) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены общий (клинический) анализ крови базовый, комплекс исследований для оценки общевоспалительных реакций, базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) при атипичной клинической картине мигрени, имеющей хотя бы один настораживающий симптом, указывающий на наличие другого заболевания, которое может быть причиной головной боли, и (или) при осложнениях мигрени | Да/Нет |
| 4. | Выполнены магнитно-резонансная томография головного мозга, магнитно-резонансная ангиография (одна область), магнитно-резонансная ангиография с внутривенным контрастированием (одна область), магнитно-резонансная венография (одна область) при редких формах мигрени с аурой и осложнениях мигрени с целью исключения органической патологии головного мозга и (или) церебральных сосудов (аневризмы, артериовенозной мальформации, диссекции сонных артерий) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено установление диагноза в соответствии с критериями международной классификации головных болей 3-го пересмотра (форма мигрени) при отсутствии настораживающих симптомов и при типичной клинической картине | Да/Нет |
| 6. | Выполнена клиническая диагностика основных коморбидных нарушений: депрессивное расстройство, тревожное расстройство, нарушение сна, другие болевые синдромы | Да/Нет |
| 7. | Выполнена терапия одним или более классами лекарственных препаратов, имеющими доказательную базу в профилактике мигрени: бета-адреноблокаторы, антидепрессанты, противоэпилептические препараты, кандесартан, напроксен, ботулинический токсин типа A - гемагглютинин комплекс, антагонисты пептидов, связанных с геном кальцитонина пациентам с частой эпизодической и хронической мигренью в целях профилактики | Да/Нет |
| 8. | Выполнена терапия лекарственными препаратами сроком не менее 6 месяцев пациентам с частой эпизодической и хронической мигренью в целях профилактики | Да/Нет |
| 9. | Выполнена поведенческая терапия: информирование о необходимости значительного сокращения приема или временной отмены лекарственных препаратов с обезболивающим действием пациентам, у которых мигрень сочетается с лекарственно-индуцированной головной болью | Да/Нет |
| 10. | Выполнена полная или частичная отмена лекарственного препарата (препаратов) злоупотребления пациентам, у которых мигрень сочетается с лекарственно-индуцированной головной болью | Да/Нет |
| 11. | Выполнено лечение "рикошетной головной боли" и других симптомов отмены (детоксикационная терапия внутрь или парентерально) в период отмены лекарственного препарата (препаратов) злоупотребления пациентам с лекарственно-индуцированной головной болью | Да/Нет |
| 12. | Выполнена адекватная терапия мигрени лекарственными препаратами в целях профилактики: топирамат, ботулинический токсин типа A - гемагглютинин комплекс, антагонисты пептидов, связанных с геном кальцитонина пациентам, у которых мигрень сочетается с лекарственно-индуцированной головной болью | Да/Нет |
| 13. | Выполнены доступные адекватные немедикаментозные методы лечения мигрени пациентам с частой эпизодической и хронической мигренью | Да/Нет |

6.15. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при головной боли напряжения (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): G44, G44.2, G44.3, G44.4, G44.8, G90.8)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный или прием (консультация) врача-невролога повторный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена пальпация перикраниальных мышц с целью выявления болезненного мышечного напряжения в одной или более мышечных группах | Да/Нет |
| 3. | Выполнены общий (клинический) анализ крови, комплекс исследований для оценки общевоспалительных реакций, базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) при атипичной клинической картине головной боли напряжения, имеющей хотя бы один настораживающий симптом, указывающий на наличие другого заболевания, которое может быть причиной головной боли, и (или) при выявлении одного или более "сигналов опасности" | Да/Нет |

6.16. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при головной боли напряжения (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): G44, G44.2, G44.3, G44.4, G44.8, G90.8)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный или прием (консультация) врача-невролога повторный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена пальпация перикраниальных мышц с целью выявления болезненного мышечного напряжения в одной или более мышечных группах | Да/Нет |
| 3. | Выполнены общий (клинический) анализ крови, комплекс исследований для оценки общевоспалительных реакций, базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) при атипичной клинической картине головной боли напряжения, имеющей хотя бы один настораживающий симптом, указывающий на наличие другого заболевания, которое может быть причиной головной боли, и (или) при выявлении одного или более "сигналов опасности" | Да/Нет |

6.17. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при ишемическом инсульте и транзиторной ишемической атаке (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67.6, G45.0, G45.1, G45.2, G45.3, G45.4, G45.8, G45.9, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнено направление на консультацию к врачу-сердечно-сосудистому хирургу или врачу-нейрохирургу, или к врачу по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению при выявлении стеноза сонной артерии более 50% по критериям NASCET или более 75% по критериям ESCT | Да/Нет |
| 2. | Выполнена постановка на диспансерное наблюдение | Да/Нет |

6.18. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ишемическом инсульте и транзиторной ишемической атаке (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67.6, G45.0, G45.1, G45.2, G45.3, G45.4, G45.8, G45.9, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный с оценкой неврологического статуса по шкале инсульта NIH и степени нарушения сознания по шкале комы Глазго и (или) FOUR не позднее 10 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка состоятельности глотания при помощи теста оценки глотания ("трехглотковая проба" с использованием пульсоксиметра) в течение первых 3 часов пребывания пациента в стационаре | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография головного мозга или магнитно-резонансная томография головного мозга с получением результатов исследования (заключения) в течение 40 минут от момента поступления пациента в стационар | Да/Нет |
| 4. | Выполнены лечебная физкультура при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга, и (или) лечебная физкультура с использованием аппаратов и тренажеров при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга, и (или) постуральная коррекция, и (или) эрготерапия, и (или) медико-логопедическое исследование при дисфагии, и (или) медико-логопедическая процедура при афазии, и (или) медико-логопедическая процедура при дизартрии не позднее 48 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 5. | Выполнено направление на консультацию к врачу-сердечно-сосудистому хирургу или врачу-нейрохирургу, или к врачу по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению при выявлении стеноза сонной артерии более 50% по критериям NASCET или более 75% по критериям ESCT | Да/Нет |

6.19. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при мононевропатиях (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): G54.0, G54.2, G54.8, G54.9, G56, G56.0, G56.1, G56.2, G56.3, G56.8, G56.9, G57.0, G57.2, G57.3, G57.4, G57.6, G58.8, G58.9, G59.8)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнена стимуляционная электронейромиография моторных и (или) сенсорных волокон пораженного нерва для уточнения локализации, характера и степени поражения, и (или) игольчатая электромиография мышц, иннервируемых моторными волокнами пораженного нерва, а также мышц, иннервируемых соседними нервами | Да/Нет |
| 2. | Назначено лечение ингибиторами обратного захвата моноаминов или другими противоэпилептическими препаратами при наличии нейропатического болевого синдрома | Да/Нет |

6.20. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при мононевропатиях (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): G54.0, G54.2, G54.8, G54.9, G56, G56.0, G56.1, G56.2, G56.3, G56.8, G56.9, G57.0, G57.2, G57.3, G57.4, G57.6, G58.8, G58.9, G59.8)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнена стимуляционная электронейромиография моторных и (или) сенсорных волокон пораженного нерва для уточнения локализации, характера и степени поражения, и (или) игольчатая электромиография мышц, иннервируемых моторными волокнами пораженного нерва, а также мышц, иннервируемых соседними нервами | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование периферического нерва | Да/Нет |
| 3. | Выполнено локальное инъекционное введение глюкокортикоидов с местными анестетиками в область компрессии нерва (под ультразвуковой навигацией или без ультразвуковой навигации) в качестве терапии на раннем сроке заболевания | Да/Нет |

6.21. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при других воспалительных полинейропатиях (хронической воспалительной демиелинизирующей полирадикулонейропатии) (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): G61.8, G61.9, G62.8, G62.9)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-педиатра первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный (с оценкой показаний к экстренной или неотложной госпитализации) | Да/Нет |
| 3. | Назначен прием (консультация) врача по лечебной физкультуре и (или) прием (консультация) врача-физиотерапевта (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда | Да/Нет |

6.22. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при других воспалительных полинейропатиях (хронической воспалительной демиелинизирующей полирадикулонейропатии) (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): G61.8, G61.9, G62.8, G62.9)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнена электронейромиография стимуляционная одного нерва (при установлении диагноза с учетом локализации процесса и при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение иммуноглобулином человека нормальным и (или) кортикостероидами системного действия, и (или) плазмаферез (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача по лечебной физкультуре и (или) прием (консультация) врача-физиотерапевта (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда | Да/Нет |

6.23. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна, прогрессирующей мышечной дистрофии Беккера (код по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): G71.0)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнено исследование активности креатинкиназы крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнено молекулярно-генетическое исследование делеций в гене дистрофина при при миодистрофии Дюшенна-Беккера в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача - детского кардиолога первичный | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-пульмонолога первичный | Да/Нет |
| 7. | Выполнено назначение преднизолона (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

6.24. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна, прогрессирующей мышечной дистрофии Беккера (код по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): G71.0)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнено исследование активности креатинкиназы крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение преднизолоном (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено назначение аталурена (пациентам с мышечной дистрофией Дюшенна старше 2 лет при выявлении нонсенс-мутации, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен патронаж выездной патронажной бригадой отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям (при необходимости в паллиативной медицинской помощи) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены прием (консультация) врача-невролога первичный, и (или) прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный, и (или) прием (консультация) врача-пульмонолога первичный, и (или) прием (консультация) врача - детского кардиолога первичный, и (или) прием (консультация) врача - детского эндокринолога первичный | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача по лечебной физкультуре | Да/Нет |

6.25. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при синдроме дефицита Glut1 (код по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): G40.4)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнено определение вариантов генов в образце биологического материала методом секвенирования по Сенгеру и (или) методом множественной лиганд-зависимой амплификации зондов (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены прием (консультация) врача-невролога первичный и прием (консультация) врача-невролога повторный | Да/Нет |
| 4. | Выполнена электроэнцефалография | Да/Нет |
| 5. | Выполнены прием (консультация) врача-педиатра первичный, и (или) прием (консультация) врача-невролога первичный, и (или) прием (консультация) врача-терапевта первичный, и (или) прием (консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный | Да/Нет |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено хирургическое лечение | Да/Нет |
| 4. | Выполнена фарингоскопия врачом-оториноларингологом | Да/Нет |
| 5. | Выполнена фарингоскопия для проведения дифференциального диагноза с различными острыми состояниями, характеризующимися поражением слизистой оболочки глотки и полости рта | Да/Нет |
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый, общий (клинический) анализ мочи, исследование C-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 7. | Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого, полученного после хирургического вскрытия абсцесса | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия | Да/Нет |

10.28. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хроническом бронхите (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): J40-J42)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная при установлении диагноза (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования), при обострении | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение муколитическими лекарственными препаратами | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение бронходилататорами короткого действия (селективные бета2-адреномиметики и (или) антихолинергические средства) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Назначена вакцинация против гриппа | Да/Нет |
| 7. | Назначена вакцинация против пневмококковой инфекции | Да/Нет |
| 8. | Назначена программа по отказу от курения курящим пациентам | Да/Нет |

10.29. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хроническом бронхите (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): J40-J42)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная при установлении диагноза (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования), при обострении | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

10.30. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при эмфиземе легких (код по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): J43)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки при установлении диагноза (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков и исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена оксигенотерапия (при https://api.docs.cntd.ru/img/13/12/92/08/03/cfd79da1-b69a-43b2-9bb3-c4ff0cd39572/P0BF500100000.png менее 88%, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

10.31. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при эмфиземе легких (код по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): J43)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови (при https://api.docs.cntd.ru/img/13/12/92/08/03/cfd79da1-b69a-43b2-9bb3-c4ff0cd39572/P0BFA00070000.png  92% по данным пульсоксиметрии) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки при установлении диагноза (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков и исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена оксигенотерапия (при https://api.docs.cntd.ru/img/13/12/92/08/03/cfd79da1-b69a-43b2-9bb3-c4ff0cd39572/P0BFA00130000.png менее 88%, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

10.32. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хронической обструктивной болезни легких (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): J44, J44.1, J44.8, J44.9, Z57.2, Z57.3, Z57.4, Z57.5)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков и исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и (или) при обострении) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) |  |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 5. | Выполнено назначение программы по отказу от курения | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение селективными бета2-адреномиметиками и (или) антихолинергическими средствами короткого действия для использования по потребности (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение бронходилататорами длительного действия (препараты для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей или их комбинации: селективные бета2-адреномиметики или антихолинергические средства, или адренергические средства в комбинации с антихолинергическими средствами, или адренергические средства в комбинации с антихолинергическими средствами и ингаляционными глюкокортикостероидами) для базисной терапии (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнен диспансерный прием врача-пульмонолога, или диспансерный прием врача-терапевта, или диспансерный прием врача общей практики (семейного врача) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено назначение вакцинации против гриппа | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение фиксированной комбинацией селективного бета2-адреномиметика, антихолинергического средства и ингаляционного глюкокортикостероида для базисной терапии при наличии высокого риска обострений хронической обструктивной болезни легких (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

10.33. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хронической обструктивной болезни легких (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): J44, J44.1, J44.8, J44.9, Z57.2, Z57.3, Z57.4, Z57.5)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков и исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и (или) при обострении) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование C-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови (при SaO2  92% по данным пульсоксиметрии) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение бронходилататорами длительного действия (препараты для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей или их комбинации: селективные бета2-адреномиметики или антихолинергические средства, или адренергические средства в комбинации с антихолинергическими средствами, или адренергические средства в комбинации с антихолинергическими средствами и ингаляционными глюкокортикостероидами) для базисной терапии (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена оксигенотерапия при обострении хронической обструктивной болезни легких и SpO2  92% (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено введение бронходилататоров короткого действия (селективные бета2-адреномиметики и (или) антихолинергические средства) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено введение системных и (или) ингаляционных глюкокортикостероидов (при обострении) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено введение антибактериальных лекарственных препаратов (при обострении) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 13. | Выполнено лечение фиксированной комбинацией селективного бета2-адреномиметика, антихолинергического средства и ингаляционного глюкокортикостероида для базисной терапии при наличии высокого риска обострений хронической обструктивной болезни легких (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

10.34. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при бронхиальной астме (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): J45.0, J45.1, J45.8, J45.9, J46, Z57.2, Z57.3, Z57.4, Z57.5, J45)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков и исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов (при отсутствии медицинских противопоказаний) не реже 1 раза в 6 месяцев | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 3. | Выполнена пульсоксиметрия (при обострении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена оценка уровня контроля над симптомами астмы с использованием специализированных опросников (тест по контролю над астмой, опросник по контролю симптомов астмы) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена рентгенография грудной клетки обзорная (при установлении диагноза, при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение лекарственными препаратами групп: комбинированные бронходилатирующие средства (бета2-адреномиметики селективные и глюкокортикостероиды местные) или ингаляционные глюкокортикостероиды, и (или) антагонисты лейкотриеновых рецепторов, или фиксированные тройные комбинации (бета2-адреномиметик селективный, глюкокортикостероид местный, антихолинергическое средство) - для базисной (регулярной) терапии (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение лекарственными препаратами групп: комбинированные бронходилатирующие средства (бета2-адреномиметики селективные и глюкокортикостероиды местные) или ингаляционные бета2-адреномиметики селективные совместно с глюкокортикостероидами местными - для купирования симптомов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение лекарственными препаратами для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей (селективные бета2-адреномиметики или сочетание селективных бета2-адреномиметиков с антихолинергическими средствами) при обострении (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение глюкокортикостероидами ингаляционными при обострении (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена оксигенотерапия (при сатурации менее 90%, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнен диспансерный прием врача-пульмонолога или диспансерный прием врача-терапевта, или диспансерный прием врача общей практики (семейного врача), или диспансерный прием врача-педиатра | Да/Нет |
| 12. | Выполнено введение генно-инженерных биологических препаратов из фармакологических групп "Прочие средства системного действия для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей" или "Препараты для лечения дерматита, кроме кортикостероидов" для лечения тяжелой неконтролируемой бронхиальной астмы (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

10.35. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при бронхиальной астме (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): J45.0, J45.1, J45.8, J45.9, J46, Z57.2, Z57.3, Z57.4, Z57.5, J45)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков и исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 3. | Выполнена пульсоксиметрия (при обострении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена оценка уровня контроля над симптомами астмы с использованием специализированных опросников (тест по контролю над астмой, опросник по контролю симптомов астмы) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена рентгенография грудной клетки (при установлении диагноза, при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено введение лекарственных препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей (селективные бета2-адреномиметики или сочетание селективных бета2-адреномиметиков с антихолинергическими средствами) при обострении, (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено введение глюкокортикостероидов ингаляционных и (или) кортикостероидов системного действия при обострении (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена оксигенотерапия (при сатурации менее 90%, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено введение генно-инженерных биологических препаратов из фармакологических групп "Прочие средства системного действия для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей" или "Препараты для лечения дерматита, кроме кортикостероидов" для лечения тяжелой неконтролируемой бронхиальной астмы (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

13.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при коксартрозе (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): M16, M16.0, M16.1, M16.2, M16.3, M16.4, M16.5, M16.6, M16.7, M16.9, M24.6, M24.7)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнена рентгенография тазобедренного сустава и (или) компьютерная томография сустава, и (или) магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено эндопротезирование тазобедренного сустава тотальное (при III стадии коксартроза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена профилактика тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии медикаментозными и немедикаментозными методами после реконструктивной органосохраняющей операции или эндопротезирования сустава | Да/Нет |
| 5. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы | Да/Нет |

13.7. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при гонартрозе (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): M17, M17.0, M17.1, M17.2, M17.3, M17.4, M17.5, M17.9, M24.5)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография коленного сустава в 2-х проекциях и (или) компьютерная томография нижней конечности, и (или) магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и. противоревматическими лекарственными препаратами (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена профилактика тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии медикаментозными и немедикаментозными методами после реконструктивной органосохраняющей операции или эндопротезирования сустава | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование рентгенография коленного сустава в двух проекциях в сроки 6 и 12 месяцев после перенесенной операции | Да/Нет |

13.8. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гонартрозе (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): M17, M17.0, M17.1, M17.2, M17.3, M17.4, M17.5, M17.9, M24.5)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнена рентгенография коленного сустава в 2-х проекциях, и (или) компьютерная томография нижней конечности, и (или) магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование-рентгенография коленного сустава в двух проекциях после операции эндопротезирования коленного сустава до выписки из стационара | Да/Нет |
| 3. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое лечение (корригирующая околосуставная остеотомия бедренной и (или) большеберцовой кости при ранней или умеренно выраженной стадии заболевания у взрослого пациента или пациента детского возраста, и (или) эндопротезирование коленного сустава одномыщелковое, или эндопротезирование коленного сустава тотальное при умеренной или выраженной стадии заболевания) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена профилактика тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии медикаментозными и немедикаментозными методами после реконструктивной органосохраняющей операции или эндопротезирования сустава | Да/Нет |

13.9. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при болезни Шейермана (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): M40.0, M40.1, M40.2, M42.0, Q76.4, Q77.8)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены прием (консультация) невролога первичный, и (или) прием (консультация) врача-нейрохирурга первичный, и (или) прием (консультация) кардиолога первичный, и (или) прием (консультация) пульмонолога первичный, и (или) прием (консультация) педиатра первичный (при наличии осложнений основного заболевания и (или) при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены рентгенография грудного отдела позвоночника и рентгенография поясничного отдела позвоночника, и (или) компьютерная томография позвоночника (один отдел), и (или) магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел), и (или) топография позвоночника компьютерная оптическая | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами и (или) парацетамолом, и (или) габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена лечебная физкультура при заболеваниях позвоночника и (или) лечебное плавание в бассейне, и (или) массаж при заболеваниях позвоночника | Да/Нет |

13.10. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при болезни Шейермана (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): M40.0, M40.1, M40.2, M42.0, Q76.4, Q77.8)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный и (или) прием (консультация) врача-нейрохирурга первичный, и (или) прием (консультация) врача-кардиолога первичный, и (или) прием (консультация) врача-пульмонолога первичный, и (или) прием (консультация) врача-педиатра первичный (при наличии осложнений основного заболевания и (или) при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены рентгенография грудного отдела позвоночника и рентгенография поясничного отдела позвоночника, и (или) компьютерная томография позвоночника (один отдел), и (или) магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел), и (или) топография позвоночника компьютерная оптическая | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами, и (или) парацетамолом, и (или) габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое лечение (при неэффективности консервативной терапии, бурном прогрессировании деформации позвоночника и наличии исходно грубых деформаций) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены лечебная физкультура при заболеваниях позвоночника, и (или) лечебное плавание в бассейне, и (или) массаж при заболеваниях позвоночника | Да/Нет |

13.11. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при нервно-мышечном сколиозе (код по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): M41.4)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография шейного отдела позвоночника, и (или) рентгенография грудного отдела позвоночника, и (или) рентгенография поясничного и крестцового отдела позвоночника, и (или) рентгенография таза | Да/Нет |

13.12. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при нервно-мышечном сколиозе (код по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): M41.4)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография шейного отдела позвоночника, и (или) рентгенография грудного отдела позвоночника, и (или) рентгенография поясничного и крестцового отдела позвоночника, и (или) рентгенография таза | Да/Нет |
| 3. | Выполнены электрокардиография, и (или) эхокардиография трансторакальная, и (или) холтеровское мониторирование сердечного ритма перед операцией | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография позвоночника (не менее одного отдела) (перед проведением хирургического вмешательства) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена коррекция деформации позвоночника (при сколиозе более 40° по Cobb или при гиперкифозе более 50° по Cobb, или при гиперлордозе более 50° по Cobb, или при глобальном дисбалансе туловища во фронтальной и (или) сагиттальной плоскости, или при быстром прогрессировании сколиотической деформации (более 5° в год) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы | Да/Нет |
| 7. | Выполнен диспансерный прием врача-травматолога-ортопеда | Да/Нет |

13.13. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дегенеративных заболеваниях позвоночника (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): M19.8, M41.5, M42.1, M42.9, M43.1, M43.8, M46.0, M46.1, M47.0, M47.1, M47.2, M48.0, M50.0, M50.1, M50.2, M50.3, M50.8, M50.9, M51.0, M51.1, M51.2, M51.3, M53.0, M53.1, M53.2, M53.3, M53.8, M54.1, M54.2, M54.3, M54.4, M54.5, M54.6, M54.8, M54.9, M96.4, M96.8, M96.9, M99.4, M99.5, M99.6, M99.7, S33.6, G58.0)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнена и (или) интерпретирована ранее выполненная магнитно-резонансная томография соответствующего отдела позвоночника (при невозможности выполнения магнитно-резонансной томографии - компьютерная томография) пациентам с жалобами на боль в области позвоночника и (или) конечностях при отсутствии эффекта от приема нестероидных противовоспалительных и (или) противоревматических лекарственных препаратов | Да/Нет |
| 2. | Выполнено удаление грыжи поясничных межпозвонковых дисков пациентам, у которых корешковый болевой синдром (с наличием или без неврологического дефицита) обусловлен грыжей межпозвонкового диска, с целью уменьшения или избавления от корешкового болевого синдрома (резистентного к консервативной терапии), неврологического дефицита (нарушения двигательной и (или) чувствительной сфер) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены декомпрессия позвоночного канала на шейном уровне у пациентов с признаками радикулопатии (болевым синдромом, и (или) парезом мышц, и (или) нарушением чувствительности), и (или) миелопатии, морфологическим субстратом которых является грыжа диска, и (или) дегенеративный стеноз с целью уменьшения или избавления от корешкового болевого синдрома, и (или) неврологического дефицита, резистентного к консервативной терапии | Да/Нет |

13.14. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при патологических переломах, осложняющих остеопороз (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): M80.0, M80.1, M80.2, M80.3, M80.4, M80.5, M80.8, M80.9)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография пораженной части костного скелета, и (или) компьютерная томография кости, и (или) магнитно-резонансная томография костной ткани | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование общего кальция в крови, исследование ионизированного кальция в крови, исследование неорганического фосфора в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование креатинина в крови при установлении диагноза и (или) для коррекции дозы препаратов базисной терапии и оценки уровней маркеров ремоделирования для назначения патогенетической терапии остеопороза | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование общего кальция в крови и (или) исследование ионизированного кальция в крови для оценки в динамике и коррекции базисной терапии через 1 месяц от начала лечения | Да/Нет |
| 5. | Выполнено наложение корсета при патологии поясничного отдела позвоночника | Да/Нет |
| 6. | Выполнен диспансерный прием врача-травматолога-ортопеда до заживления перелома или до формирования биологической стабилизации | Да/Нет |
| 7. | Назначена антирезорбтивная терапия при переломе проксимального отдела бедренной кости дополнительно к базисной терапии через 1-2 месяца с момента перелома | Да/Нет |
| 8. | Выполнена коррекция доз препаратов базисной терапии в случае выявления признаков нарушения консолидации чрезвертельного перелома в типичный для данной локализации срок и при удовлетворительном стоянии отломков | Да/Нет |

13.15. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при патологических переломах, осложняющих остеопороз (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): M80.0, M80.1, M80.2, M80.3, M80.4, M80.5, M80.8, M80.9)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография пораженной части костного скелета и (или) компьютерная томография кости, и (или) магнитно-резонансная томография костной ткани (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование общего кальция в крови, исследование ионизированного кальция в крови, исследование неорганического фосфора в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование креатинина в крови при установлении диагноза и (или) для коррекции дозы препаратов базисной терапии и оценки уровней маркеров ремоделирования для назначения патогенетической терапии остеопороза | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение кальция карбонатом + колекальциферолом или альфа-кальцидолом + кальция карбонатом, или остеогеноном и колекальциферолом, или остеогеноном и альфа-кальцидолом с первых дней после перелома, (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено наложение корсета при патологии поясничного отдела позвоночника | Да/Нет |
| 6. | Выполнена лечебная физкультура при переломе костей и (или) лечебная физкультура при заболеваниях позвоночника | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение золедроновой кислотой или деносумабом через 1-2 месяца с момента перелома при переломе проксимального отдела бедренной кости или при нарушениях консолидации и удовлетворительном стоянии отломков плечевой кости (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

13.16. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): M51.1, G55.1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнено обследование с оценкой неврологического статуса и тестов натяжения | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале или числовой рейтинговой шкале, или вербальной ранговой шкале | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография поясничного и крестцового отделов позвоночника или рентгенография позвоночника с функциональными пробами, или компьютерная томография позвоночника (один отдел), или магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел) у пациентов имеющих в анамнезе недавнюю травму спины и (или) злокачественное новообразование, и (или) текущее инфекционное или системное воспалительное заболевание, и (или) наркоманию, ВИЧ-инфекцию, иммунодепрессивное состояние, и (или) необъяснимую потерю массы тела, лихорадку | Да/Нет |

19.25. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе дистального отдела костей предплечья (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): S52.5, S52.50, S52.51, S52.6, S52.60, S52.61, S52.8, S52.9, S54.0, S54.1, M89.0)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах верхней конечности | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография костей предплечья, и (или) компьютерная томография сустава, и (или) магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) локтевой кости и лучевой кости (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или репозиция отломков костей при переломах, или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или открытый остеосинтез, или закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома дистального отдела костей предплечья | Да/Нет |
| 5. | Выполнена однократно антибиотикопрофилактика при хирургическом лечении (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при помощи антикоагулянтов и (или) механических методов профилактики (при продолжительности общего наркоза и (или) турникета более 90 минут и (или) при наличии эпизодов венозных тромбоэмболических осложнений в анамнезе) | Да/Нет |

19.26. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе проксимального отдела костей предплечья (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): S52.0, S52.00, S52.01, S52.1, S52.10, S52.11, S52.7, S52.70, S52.71, S53.0, T92.1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах конечности | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография костей предплечья, и (или) компьютерная томография сустава, и (или) магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) локтевой кости и лучевой кости (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей пациента с переломом диафизов костей предплечья в случаях выбора консервативного лечения | Да/Нет |

19.27. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе проксимального отдела костей предплечья (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): S52.0, S52.00, S52.01, S52.1, S52.10, S52.11, S52.7, S52.70, S52.71, S53.0, T92.1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах конечности | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография костей предплечья и (или) компьютерная томография сустава, и (или) магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) локтевой кости и лучевой кости при поступлении в стационар (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено проведение антибактериальной терапии при открытых переломах (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или выполнена репозиция отломков костей при переломах, или выполнено открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или выполнен открытый остеосинтез, или выполнено закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома проксимального отдела костей предплечья | Да/Нет |
| 6. | Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при помощи антикоагулянтов и (или) механических методов профилактики (при продолжительности общего наркоза и (или) турникета более 90 минут и (или) при наличии эпизодов венозных тромбоэмболических осложнений в анамнезе) | Да/Нет |

19.28. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе диафиза плечевой кости (код по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): S42.3)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах верхней конечности | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография плечевой кости и (или) компьютерная томография верхней конечности (при наличии медицинских показаний) | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломе диафиза плечевой кости | Да/Нет |
| 5. | Выполнена лечебная физкультура при переломе костей | Да/Нет |

19.29. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе диафиза плечевой кости (код по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): S42.3)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах верхней конечности | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография плечевой кости и (или) компьютерная томография верхней конечности (при наличии медицинских показаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей, или скелетное вытяжение, или выполнена репозиция отломков костей при переломах, или выполнено открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или выполнен открытый остеосинтез, или выполнено закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома диафиза большеберцовой кости | Да/Нет |
| 5. | Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при помощи антикоагулянтов и (или) механических методов профилактики (при продолжительности общего наркоза и (или) турникета более 90 минут и (или) при наличии эпизодов венозных тромбоэмболических осложнений в анамнезе) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена лечебная физкультура при переломе костей | Да/Нет |

19.30. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при открытой ране запястья и кисти (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): S61.0, S61.1, S61.7, S61.8, S61.9, T01.2, T92.0)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный, или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография запястья и кисти, и (или) компьютерная томография запястья и кисти, и (или) магнитно-резонансная томография запястья и кисти пациентам с открытой раной запястья и кисти, с подозрением на наличие перелома костей верхней конечности | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая область) пациентам с открытой раной, содержащей инородные тела или подверженных риску их попадания для обнаружения инородных тел в мягких тканях | Да/Нет |
| 4. | Выполнено наложение асептической повязки | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение антибактериальными лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена хирургическая обработка раны или инфицированной ткани в области верхней конечности | Да/Нет |
| 7. | Назначено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено введение антитоксина столбнячного и анатоксина столбнячного (в зависимости от медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено введение вакцины для профилактики бешенства и иммуноглобулина антирабического при укушенных ранах (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

19.31. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при открытой ране запястья и кисти (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): S61.0, S61.1, S61.7, S61.8, S61.9, T01.2, T92.0)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография запястья и кисти, и (или) компьютерная томография запястья и кисти, и (или) магнитно-резонансная томография запястья и кисти пациентам с открытой раной запястья и кисти, с подозрением на наличие перелома костей верхней конечности | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая область) пациентам с открытой раной, содержащей инородные тела или подверженных риску их попадания для обнаружения инородных тел в мягких тканях | Да/Нет |
| 4. | Выполнено наложение асептической повязки | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена хирургическая обработка раны или инфицированной ткани в области верхней конечности | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено введение антитоксина столбнячного и анатоксина столбнячного (в зависимости от медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено введение вакцины для профилактики бешенства и иммуноглобулина антирабического при укушенных ранах (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

19.32. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при переломах проксимального отдела бедренной кости (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): S72.0, S72.1, S72.2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография бедренной кости и рентгенография тазобедренного сустава не позднее 30 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 3. | Выполнены компьютерная томография тазобедренных суставов и (или) магнитно-резонансная томография тазобедренных суставов (при внутрисуставных переломах) не позднее 30 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 4. | Выполнено хирургическое лечение не позднее 48 часов после поступления в стационар (при отсутствии острого нарушения мозгового кровообращения, пневмонии с необходимостью перевода пациента на искусственную вентиляцию легких, острого хирургического заболевания, требующего немедленного оперативного вмешательства, комы любой этиологии, хронической или острой гнойной инфекции в зоне предполагаемого разреза, терминальной стадии соматического заболевания, приведшего к невозможности передвижения пациента еще до перелома, выраженных когнитивных нарушений или психического заболевания, обусловившего обездвиженность пациента еще до перелома) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена тромбопрофилактика венозных тромбоэмболических осложнений | Да/Нет |
| 6. | Выполнена антибиотикопрофилактика при проведении хирургического лечения | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами и (или) парацетамолом, и (или) габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

19.33. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломах бедренной кости (кроме проксимального отдела бедренной кости) (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): S72.3, S72.30, S72.31, S72.4, S72.40, S72.41, S72.7, S72.8, S72.9, T02.3, T02.5, T02.6, T93.1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография бедренной кости, и (или) компьютерная томография кости, и (или) компьютерная томография сустава, и (или) магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено наложение гипсовой повязки при переломах костей или наложение иммобилизационной повязки при переломах костей | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами и (или) парацетамолом, и (или) габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

19.34. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломах бедренной кости (кроме проксимального отдела бедренной кости) (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): S72.3, S72.30, S72.31, S72.4, S72.40, S72.41, S72.7, S72.8, S72.9, T02.3, T02.5, T02.6, T93.1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография бедренной кости, и (или) компьютерная томография кости, и (или) компьютерная томография сустава, и (или) магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено скелетное вытяжение, и (или) наложение наружных фиксирующих устройств, и (или) выполнен интрамедуллярный блокируемый остеосинтез, или выполнено закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией, или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение лекарственными препаратами группы гепарина или прямыми ингибиторами фактора Xa, или ингибиторами тромбина прямыми, и (или) эластическая компрессия нижних конечностей, или прерывистая пневмокомпрессия нижних конечностей (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы | Да/Нет |
| 6. | Выполнено диспансерное наблюдение врача-травматолога-ортопеда пациентам с переломами диафиза и дистального отдела бедренной кости до момента консолидации перелома | Да/Нет |

19.55. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при отморожениях, гипотермии, других эффектах воздействия низкой температуры (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): T33-T35, T68, T69, T95)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнено наложение на пострадавшие сегменты тела теплоизолирующих повязок в дореактивный период (при отморожении, независимо от предполагаемой степени (глубины) поражения) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено наложение повязки при нарушении целостности кожных покровов (после первичной хирургической обработки раны или туалета раны при отморожениях II-IV степени) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено измерение базальной температуры тела пострадавшего (при подозрении на общее переохлаждение) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено согревание пострадавшего с общим переохлаждением (если не было проведено ранее) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена хирургическая обработка раны или инфицированной ткани (при отморожениях II-IV степени) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено хирургическое лечение отморожений III-IV степени | Да/Нет |

19.56. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при трансплантации поджелудочной железы, наличии трансплантированной поджелудочной железы, отмирании и отторжении трансплантата поджелудочной железы (T86.8, Z94.8)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-эндокринолога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 3. | Выполнены определение группы крови по системе AB0 перекрестным методом (прямой и обратной реакцией), определение антигена D системы Резус (резус-принадлежность), определение HLA-антигенов и проба на совместимость по иммунным антителам реципиента и антигенам главного комплекса гистосовместимости донора, и определение содержания антител к антигенам главного комплекса гистосовместимости в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнены качественное определение ДНК вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, и качественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, качественное определение суммарных антител (anti-HCV) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови, качественное определение суммарных антител к вирусу иммунодефицита человека 1, 2 типов и антигена p24 ВИЧ (Human immunodeficiency virus, anti-HIV 1,2/Ag p24) в крови, качественное и полуколичественное определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови в нетрепонемных тестах (VDRL, РМП, RPR), в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование фибриногена в крови, исследование активности антитромбина в крови, исследование плазминогена в крови, исследование протромбинового (тромбопластинового) времени в крови с представлением результатов в секундах, % по Квику и относительных единицах (международного нормализованного отношения), активированного частичного тромбопластинового времени в крови клоттинговым методом | Да/Нет |
| 6. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная | Да/Нет |
| 7. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 8. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия |  |
| 9. | Выполнено лечение противогрибковыми лекарственными препаратами системного действия | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение антикоагулянтом прямого действия | Да/Нет |
| 11. | Выполнено лечение такролимусом или микофенолата мофетилом (микофеноловой кислотой) и преднизолоном, или метилпреднизолоном и базиликсимабом, или иммуноглобулином антитимоцитарным | Да/Нет |
| 12. | Выполнено лечение валганцикловиром | Да/Нет |
| 13. | Выполнен диспансерный прием врача-хирурга | Да/Нет |

19.57. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при лечении острой травмы зубов (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): S02.5, S03.2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен осмотр полости рта и зубов | Да/Нет |
| 3. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 4. | Выполнен рентгенологический метод исследования в области травмированных зубов для дифференциальной диагностики между различными видами травматических поражений, а также оценки целостности твердых тканей зубов и челюстей | Да/Нет |
| 5. | Выполнена электроодонтометрия зуба | Да/Нет |
| 6. | Выполнена термодиагностика зуба | Да/Нет |
| 7. | Выполнено сглаживание острых краев зуба при переломе коронки в пределах эмали временного зуба и (или) при переломе коронки в пределах поверхностных слоев эмали постоянного зуба, и (или) при переломе коронки в пределах эмали и дентина временного зуба, когда остается 1-1,5 года до смены на постоянный зуб, и (или) в случаях, когда невозможно осуществить реставрацию коронковой части зуба | Да/Нет |
| 8. | Выполнена временная реставрация коронковой части зуба при первичном обращении пациента с переломом коронки в пределах эмали и дентина без обнажения пульпы в случаях, когда невозможно проведение постоянного восстановления дефекта твердых тканей зуба | Да/Нет |
| 9. | Выполнена реставрация коронковой части зуба при переломе коронки в пределах эмали, или эмали и дентина | Да/Нет |
| 10. | Выполнена реставрация собственным отломком коронковой части зуба при переломе коронки в пределах эмали и дентина постоянных зубов в случае, если пациенту или его законным представителям удается сохранить отделившийся фрагмент зуба | Да/Нет |
| 11. | Выполнено прямое покрытие пульпы при прохождении линии перелома через эмаль и дентин коронки зуба с точечным обнажением пульпы зуба, когда пациент обратился за помощью в течение 24 часов после травмы | Да/Нет |
| 12. | Выполнена частичная пульпотомия при прохождении линии перелома через эмаль и дентин коронки с обнажением пульпы зуба в случаях, когда с момента травмы до обращения прошло не более 36 часов | Да/Нет |
| 13. | Выполнена витальная ампутация при прохождении линии перелома через эмаль и дентин коронки с обнажением пульпы зуба в случаях, когда с момента травмы до обращения прошло до 48 часов | Да/Нет |
| 14. | Выполнен экстирпационный метод при прохождении линии перелома коронки через эмаль и дентин с обнажением пульпы зуба и (или) при наличии признаков воспалительного процесса в пульпе зуба | Да/Нет |
| 15. | Выполнено избирательное пришлифовывание твердых тканей зуба при ушибе, неполном вывихе зуба при наличии суперконтакта | Да/Нет |
| 16. | Выполнено шинирование при неполном вывихе с подвижностью зуба II-III степени и (или) при переломе корня, полном вывихе зуба | Да/Нет |

19.58. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при лечении острой травмы зубов (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): S02.5, S03.2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен осмотр полости рта и зубов | Да/Нет |
| 3. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 4. | Выполнен рентгенологический метод исследования в области травмированных зубов для дифференциальной диагностики между различными видами травматических поражений, а также оценки целостности твердых тканей зубов и челюстей | Да/Нет |
| 5. | Выполнен регулярный контроль концентрации такролимуса всем пациентам после трансплантации для оптимальной коррекции дозы | Да/Нет |
| 6. | Выполнено введение преднизолона (метилпреднизолона) в стартовую иммуносупрессивную терапию в периоперационный и ранний послеоперационный периоды | Да/Нет |

19.59. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при ранах мягких тканей челюстно-лицевой области (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): S00.1, S00.2, S00.5, S01.1, S01.4, S01.5, S01.7, S01.8, S03.4, S08.1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнено установление механизма, даты и времени травмы | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнены прием (консультация) врача-нейрохирурга и (или) прием (консультация) врача-невролога, и (или) прием (консультация) врача-офтальмолога, и (или) прием (консультация) врача-оториноларинголога после выполнения компьютерной томографии при подозрении на черепно-мозговую травму при наличии медицинских показаний | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга или прием (консультация) врача - детского хирурга при подозрении на повреждения внутренних органов | Да/Нет |
| 5. | Выполнена хирургическая обработка ран с учетом функциональных и эстетических требований, которые предусмотрены при реконструктивных операциях на лице | Да/Нет |
| 6. | Выполнена некрэктомия (в минимальном объеме) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено послойное сшивание кожи и подкожной клетчатки, восстановление мышц и сухожилий лица | Да/Нет |
| 8. | Выполнена первичная хирургическая обработка ран челюстно-лицевой области, сочетающихся с их изъяном, с применением методов первичной пластики | Да/Нет |
| 9. | Выполнено наложение глухого шва при обработке ран мягких тканей лица сразу при первичной хирургической обработки раны | Да/Нет |
| 10. | Выполнено наложения шва на слизистую оболочку рта с целью разобщения сквозной раны с полостью рта | Да/Нет |
| 11. | Выполнено введение антитоксина столбнячного и анатоксина столбнячного (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено введение вакцины для профилактики бешенства и иммуноглобулина антирабического при укушенных ранах (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

19.60. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при ранах мягких тканей челюстно-лицевой области (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): S00.1, S00.2, S00.5, S01.1, S01.4, S01.5, S01.7, S01.8, S03.4, S08.1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнено установление механизма, даты и времени травмы | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнены прием (консультация) врача-нейрохирурга, и (или) прием (консультация) врача-невролога, и (или) прием (консультация) врача-офтальмолога, и (или) прием (консультация) врача-оториноларинголога после выполнения компьютерной томографии при подозрении на черепно-мозговую травму при наличии медицинских показаний | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга или прием (консультация) врача - детского хирурга при подозрении на повреждения внутренних органов | Да/Нет |
| 5. | Выполнена хирургическая обработка ран с учетом функциональных и эстетических требований, которые предусмотрены при реконструктивных операциях на лице | Да/Нет |
| 6. | Выполнена некрэктомия (в минимальном объеме) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено послойное сшивание кожи и подкожной клетчатки, восстановление мышц и сухожилий лица | Да/Нет |
| 8. | Выполнена первичная хирургическая обработка ран челюстно-лицевой области, сочетающихся с их изъяном, с применением методов первичной пластики | Да/Нет |
| 9. | Выполнено наложение глухого шва при обработке ран мягких тканей лица сразу при первичной хирургической обработке раны | Да/Нет |
| 10. | Выполнено наложения шва на слизистую оболочку рта с целью разобщения сквозной раны с полостью рта | Да/Нет |
| 11. | Выполнена периоперационная антибиотикопрофилактика | Да/Нет |
| 12. | Выполнено введение антитоксина столбнячного и анатоксина столбнячного (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 13. | Выполнено введение вакцины для профилактики бешенства и иммуноглобулина антирабического при укушенных ранах (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

19.61. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при переломе нижней челюсти (код по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): S02.6)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнены оценка состояния пациента, сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен осмотр челюстно-лицевой области | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография всего черепа не менее чем в 2 проекциях и (или) компьютерная томография лицевого отдела черепа | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога или прием (консультация) врача-нейрохирурга при выявлении клинических признаков черепно-мозговой травмы | Да/Нет |
| 5. | Выполнена стабильная фиксация отломков челюсти ортопедическим и (или) хирургическим методами иммобилизации | Да/Нет |
| 6. | Выполнена репозиция отломков нижней челюсти закрытая до первоначальной формы кости | Да/Нет |
| 7. | Выполнена контрольная рентгенография черепа обзорная не менее чем в 2 проекциях и (или) компьютерная томография лицевого отдела черепа | Да/Нет |

19.119. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при острых отравлениях опиоидными наркотическими веществами (код по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): T39)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен осмотр врачом-токсикологом и (или) осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом | Да/Нет |
| 2. | Выполнено промывание желудка (повторное при проведении либо его невыполнении на догоспитальном этапе) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено проведение химико-токсикологической экспертизы (высокоэффективная жидкостная хроматография, жидкостная хроматография с ультрафиолетовой детекцией) на определение нестероидных противовоспалительных препаратов при подозрении на отравление | Да/Нет |
| 4. | Выполнена энтеросорбция кишечными адсорбентами и фармакологическая стимуляция желудочно-кишечного тракта путем парентерального введения лекарственного препарата из группы "стимуляторы моторики желудочно-кишечного тракта" (метоклопрамид) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен кишечный лаваж | Да/Нет |
| 6. | Выполнено пероральное введение лекарственных препаратов группы "осмотические слабительные средства" | Да/Нет |
| 7. | Выполнена искусственная вентиляция легких (при коме) | Да/Нет |
| 8. | Выполнены исследование общего билирубина в крови, исследование активности креатинкиназы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование общего белка в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование общего кальция в крови | Да/Нет |
| 9. | Выполнено введение лекарственных препаратов группы препаратов группы "растворы, влияющие на водно-электролитный баланс, содержащие янтарную кислоту" (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 11. | Выполнена терапия растворами, влияющими на водно-электролитный баланс для коррекции водно-электролитных расстройств (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 12. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный, общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 13. | Выполнена рентгенография черепа в двух проекциях или спиральная компьютерная томография головного мозга - пациентам, доставленным с улицы, общественных мест, при наличии признаков травм | Да/Нет |

19.120. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при переломах пяточной кости (код по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): S92.0)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография пяточной кости и (или) компьютерная томография кости | Да/Нет |
| 3. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или наложение гипсовой повязки при переломах костей | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами и (или) парацетамолом, и (или) габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена лечебная физкультура при переломе костей | Да/Нет |

19.121. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при переломах пяточной кости (код по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): S92.0)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография пяточной кости и (или) компьютерная томография кости | Да/Нет |
| 3. | Выполнена послеоперационная (контрольная) рентгенография стопы | Да/Нет |
| 4. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или наложение гипсовой повязки при переломах костей | Да/Нет |
| 5. | Выполнено закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией и (или) наложение наружных фиксирующих устройств или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией (при наличии смещения костных отломков) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами и (или) парацетамолом, и (или) габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена периоперационная антибиотикопрофилактика в течение 24 часов всем пациентам с переломом пяточной кости, которым проводилось оперативное лечение | Да/Нет |
| 8. | Выполнена лечебная физкультура при переломе костей | Да/Нет |
| 9. | Выполнено диспансерное наблюдение врачом-травматологом-ортопедом в сроки 1, 2, 6, 12 месяцев с момента получения травмы либо выполнения оперативного вмешательства | Да/Нет |

**20. Критерии оценки качества при внешних причинах заболеваемости и смертности**

20.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при падениях у пациентов пожилого и старческого возраста (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): W00-W08, W10, W11, W17-W19)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-терапевта участкового первичный или прием (консультация) врача-терапевта первичный, или прием (консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный, или прием (консультация) врача-гериатра первичный (с оценкой риска падений), или прием (консультация) врача приемного отделения (с оценкой риска падений в приемном отделении) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях и измерение частоты сердцебиения, и ортостатическая проба | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога, прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный (при отсутствии проведения в течение 1 последнего года) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-гериатра первичный и (или) прием (консультация) врача-невролога первичный (при повторных падениях, с комплексной гериатрической оценкой функционального и когнитивного статуса (с использованием шкалы FRAX и с многофакторной оценкой риска падений) (с разработкой индивидуального плана ведения пациента с учетом гериатрических синдромов) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование 25-OH витамина D в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 7. | Выполнено назначение колекальциферола (при недостаточности (дефиците) витамина D (при необходимости корректировки терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено назначение алендроновой кислоты или золедроновой кислоты, или деносумаба, или терипаратида (при высоком риске остеопоротических переломов по шкале FRAX) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено назначение лечебной физкультуры | Да/Нет |
| 10. | Выполнено индивидуальное профилактическое консультирование | Да/Нет |

20.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при падениях у пациентов пожилого и старческого возраста (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): W00-W08, W10, W11, W17-W19)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-терапевта участкового первичный или прием (консультация) врача-терапевта первичный, или прием (консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный, или прием (консультация) врача-гериатра первичный (с оценкой риска падений), или врача приемного отделения первичный (с оценкой риска падений в приемном отделении) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях и измерение частоты сердцебиения, и клиноортостатическая проба | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога, прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный (при отсутствии проведения в течение 1 последнего года) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-гериатра первичный и (или) прием (консультация) врача-невролога первичный (при повторных падениях, с комплексной гериатрической оценкой функционального и когнитивного статуса (с использованием шкалы FRAX и с многофакторной оценкой риска падений) (с разработкой индивидуального плана ведения пациента с учетом гериатрических синдромов) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование 25-OH витамина D в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение колекальциферолом (при недостаточности (дефиците) витамина D (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и (или) при необходимости корректировки терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение алендроновой кислотой или золедроновой кислотой, или деносумабом, или терипаратидом (при высоком риске остеопоротических переломов по шкале FRAX) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и (или) при необходимости корректировки терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено назначение лечебной физкультуры | Да/Нет |

**21. Критерии оценки качества при факторах, влияющих на состояние здоровья населения и обращения в медицинские организации**

21.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при нормальной беременности (коды по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): Z32, Z33, Z34, Z35, Z36)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - акушера-гинеколога первичный (с определением срока беременности и родов по дате последней менструации и (или) данным ультразвукового исследования при первом посещении) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях (при каждом посещении) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование пульса (при каждом посещении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено измерение высоты дна матки (при каждом посещении) и ведение гравидограммы (с 20 недель 0 дней беременности) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена аускультация плода (с 22 недель 0 дней беременности, при каждом посещении) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено направление на качественное определение суммарных антител к вирусу иммунодефицита человека 1, 2 типов и антигена p24 ВИЧ (Human immunodeficiency virus, anti-HIV 1, 2/Ag p24) в крови (при первом посещении (при первом посещении в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено направление на качественное определение антител к поверхностному антигену (anti-HBs) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови или качественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови (при первом посещении (первом посещении в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено направление на качественное определение суммарных антител (anti-HCV) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови (при первом посещении (при первом посещении в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено направление на определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови (при первом посещении (при первом посещении в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено направление на микроскопическое исследование мазка из влагалища (при первом посещении (при первом посещении в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено направление на определение группы крови по системе AB0 перекрестным методом (прямой и обратной реакцией) и определение антигена D системы Резус (резус-принадлежность) (однократно при первом посещении) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено направление на общий (клинический) анализ крови базовый (при первом посещении, при первом посещении в 1-м триместре беременности, во 2-м и в 3-м триместре беременности) | Да/Нет |
| 13. | Выполнено направление на исследование глюкозы в крови натощак (при первом посещении) и дополнительное исследование глюкозы в крови (при выявлении уровня глюкозы венозной крови натощак  7,0 ммоль/л) | Да/Нет |
| 14. | Выполнено направление на проведение глюкозотолерантного теста (пероральный глюкозотолерантный тест) с 75 г декстрозы (в 24 недели 0 дней - 28 недель 0 дней беременности, если ранее не было выявлено нарушение углеводного обмена или не проводилось обследование на ранних сроках беременности) | Да/Нет |
| 15. | Выполнено направление на исследование тиреотропного гормона в крови (при первом посещении) | Да/Нет |
| 16. | Выполнено направление на определение антител к тиреопероксидазе в крови (при первом посещении) | Да/Нет |
| 17. | Выполнено направление на общий (клинический) анализ мочи (при первом посещении, при первом посещении в 1-м триместре беременности, во 2-м и в 3-м триместре беременности) | Да/Нет |
| 18. | Выполнено направление на микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования (при первом посещении) | Да/Нет |
| 19. | Выполнено направление на исследование белка в моче (с 22 недель 0 дней беременности, при каждом посещении) | Да/Нет |
| 20. | Выполнено направление на микробиологическое исследование вагино-ректального отделяемого на стрептококк группы B (Streptococcus agalactiae) или определение ДНК стрептококка группы B (Streptococcus agalactiae) в вагино-ректальном отделяемом методом полимеразной цепной реакции (в 35 недель 0 дней - 37 недель 0 дней беременности) | Да/Нет |
| 21. | Выполнено направление на исследование хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в крови, исследование связанного с беременностью плазменного протеина A в крови, ультразвуковое исследование в первом триместре беременности скрининговое по оценке антенатального развития плода (скрининг I в 11 недель 0 дней - 13 недель 6 дней беременности) | Да/Нет |
| 22. | Выполнено направление на ультразвуковое исследование во втором триместре беременности скрининговое по оценке антенатального развития плода (скрининг II) и ультразвуковое определение длины шейки матки (в 18 недель 0 дней - 20 недель 6 дней беременности) | Да/Нет |
| 23. | Выполнено направление на ультразвуковое исследование в третьем триместре беременности (в 34 недель 0 дней - 35 недель 6 дней беременности) | Да/Нет |
| 24. | Назначена фолиевая кислота перорально на протяжении первых 12 недель беременности в дозе 400-800 мкг в день (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

21.2. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при прижизненном донорстве почки (код по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): Z52.4)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-кардиолога первичный | Да/Нет |
| 3. | Выполнено определение группы крови по системе AB0 перекрестным методом (прямой и обратной реакцией) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение антигена D системы Резус (резус-принадлежность) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови | Да/Нет |
| 7. | Выполнено комплексное исследование функции почек | Да/Нет |
| 8. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 9. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 10. | Выполнено исследование общего белка в суточной моче | Да/Нет |
| 11. | Выполнено качественное определение ДНК вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови методом полимеразной цепной реакции | Да/Нет |
| 12. | Выполнено качественное определение РНК вируса гепатита C (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией | Да/Нет |
| 13. | Выполнено качественное определение РНК вируса иммунодефицита человека 1 типа (Human immunodeficiency virus, HIV-1) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией | Да/Нет |
| 14. | Выполнено качественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови | Да/Нет |
| 15. | Выполнено качественное определение суммарных антител (anti-HCV) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови | Да/Нет |
| 16. | Выполнено качественное определение суммарных антител к вирусу иммунодефицита человека 1, 2 типов и антигена p24 ВИЧ (Human immunodeficiency virus, anti-HIV 1, 2/Ag p24) в крови | Да/Нет |
| 17. | Выполнено качественное и полуколичественное определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в спинномозговой жидкости в нетрепонемных тестах (VDRL, РМП) | Да/Нет |
| 18. | Выполнено определение HLA-антигенов | Да/Нет |
| 19. | Выполнена проба на совместимость по иммунным антителам реципиента и антигенам главного комплекса гистосовместимости донора | Да/Нет |
| 20. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 21. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная | Да/Нет |
| 22. | Выполнена компьютерная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием | Да/Нет |

21.3. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при прижизненном донорстве почки (код по [МКБ-10](https://docs.cntd.ru/document/902286265): Z52.4)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-кардиолога первичный | Да/Нет |
| 3. | Выполнено определение группы крови по системе AB0 перекрестным методом (прямой и обратной реакцией) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение антигена D системы Резус (резус-принадлежность) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 6. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови | Да/Нет |
| 7. | Выполнено комплексное исследование функции почек | Да/Нет |
| 8. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 9. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 10. | Выполнено исследование общего белка в суточной моче | Да/Нет |
| 11. | Выполнено качественное определение ДНК вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови методом полимеразной цепной реакции | Да/Нет |
| 12. | Выполнено качественное определение РНК вируса гепатита C (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией | Да/Нет |
| 13. | Выполнено качественное определение РНК вируса иммунодефицита человека 1 типа (Human immunodeficiency virus, HIV-1) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией | Да/Нет |
| 14. | Выполнено определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови качественное | Да/Нет |
| 15. | Выполнено качественное определение суммарных антител (anti-HCV) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови | Да/Нет |
| 16. | Выполнено качественное определение суммарных антител к вирусу иммунодефицита человека 1, 2 типов и антигена p24 ВИЧ (Human immunodeficiency virus, anti-HIV 1, 2/Ag p24) в крови | Да/Нет |
| 17. | Выполнено качественное определение ДНК вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови методом полимеразной цепной реакции | Да/Нет |
| 18. | Выполнено определение HLA-антигенов | Да/Нет |
| 19. | Выполнена проба на совместимость по иммунным антителам реципиента и антигенам главного комплекса гистосовместимости донора | Да/Нет |
| 20. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 21. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная | Да/Нет |
| 22. | Выполнена компьютерная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием | Да/Нет |
| 23. | Выполнено удаление донорской почки открытым доступом или удаление донорской почки чрескожным эндоскопическим доступом | Да/Нет |
| 24. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи в послеоперационном периоде | Да/Нет |
| 25. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный в послеоперационном периоде | Да/Нет |
| 26. | Выполнено исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови в послеоперационном периоде | Да/Нет |
| 27. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) в послеоперационном периоде | Да/Нет |
| 28. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости в послеоперационном периоде | Да/Нет |
| 29. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-хирургом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях в послеоперационном периоде | Да/Нет |

21.4. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при трансплантации сердца, наличии трансплантированного сердца, отмирании и отторжении трансплантата сердца (Z94.1, T86.2) (при критической сердечной недостаточности)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен осмотр врачом-кардиологом | Да/Нет |
| 2. | Выполнен осмотр врачом - сердечно-сосудистым хирургом | Да/Нет |
| 3. | Выполнен осмотр (консультация) врачом - анестезиологом-реаниматологом | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение группы крови по системе AB0 перекрестным методом (прямой и обратной реакцией) и определение антигена D системы Резус (резус-принадлежность) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 6. | Выполнены исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование билирубина в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование глюкозы в крови, исследование общего белка в крови | Да/Нет |
| 7. | Выполнены исследование калия в крови, исследование натрия в крови | Да/Нет |
| 8. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 9. | Выполнены качественное определение суммарных антител к вирусу иммунодефицита человека 1, 2 типов и антигена p24 ВИЧ (Human immunodeficiency virus, anti-HIV 1, 2/Ag p24) в крови, качественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, качественное определение суммарных антител (anti-HCV) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови | Да/Нет |
| 10. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 11. | Выполнена эхокардиография трансторакальная | Да/Нет |
| 12. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки | Да/Нет |

21.5. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при трансплантации сердца, наличии трансплантированного сердца, отмирании и отторжении трансплантата сердца (Z94.1, T86.2) (при выполнении трансплантации сердца)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнена трансплантация сердца ортотопическая | Да/Нет |
| 2. | Выполнено введение глюкокортикоидов перед снятием зажима с аорты | Да/Нет |
| 3. | Выполнен осмотр врачом - сердечно-сосудистым хирургом | Да/Нет |
| 4. | Выполнен осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом | Да/Нет |
| 5. | Выполнены исследование калия в крови, исследование натрия в крови | Да/Нет |

21.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при трансплантации сердца, наличии трансплантированного сердца, отмирании и отторжении трансплантата сердца (Z94.1, T86.2) (реципиентам трансплантированного сердца с клиническими признаками отторжения (дисфункции) сердечного трансплантата)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
| 1. | Выполнен осмотр врача-кардиолога | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование билирубина в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование глюкозы в крови, исследование общего белка в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование калия в крови, исследование натрия в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 6. | Выполнена эхокардиография трансторакальная | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование такролимуса в крови или исследование циклоспорина в крови, или исследование эверолимуса в крови | Да/Нет |

Электронный текст документа

подготовлен АО "Кодекс" и сверен по:

Официальный интернет-портал

правовой информации

www.pravo.gov.ru, 29.05.2025,

№ 0001202505290045