

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 10 мая 2017 г. N 203н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В соответствии с частью 2 статьи 64 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165) приказываю:

1. Утвердить критерии оценки качества медицинской помощи согласно приложению.
2. Отменить приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 июля 2016 г. N 520н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 августа 2016 г., регистрационный N 43170).
3. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 июля 2015 г. N 422ан "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 августа 2015 г., регистрационный N 38494).
4. Настоящий приказ вступает в силу с 1 июля 2017 года.

Врио Министра
Д.В. КОСТЕННИКОВ

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

I. Общие положения

1.1. Настоящие критерии оценки качества медицинской помощи (далее - критерии качества) применяются при оказании медицинской помощи в медицинских и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, полученную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

1.2. Критерии качества применяются в целях оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

1.3. Критерии качества применяются по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях).

II. Критерии качества по условиям оказания медицинской помощи

2.1. Критерии качества в амбулаторных условиях:

а) ведение медицинской документации - медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях <1>, истории развития ребенка, индивидуальной карты беременной и родильницы (далее - амбулаторная карта):

<1> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. N 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный N 36160).

заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой;

наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство <2>;

<2> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н "Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июня 2013 г.,

регистрационный N 28924), с изменением, внесенным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2015 г. N 549н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 сентября 2015 г., регистрационный N 38783).

- б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи: оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в амбулаторной карте;
- в) установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;
- г) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;
- д) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента;
- е) назначение лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;
- ж) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (далее - клинические рекомендации):
оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в амбулаторной карте;
установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения;
проведение при затруднении установления клинического диагноза консилиума врачей <3> с внесением соответствующей записи в амбулаторную карту с подписью заведующего амбулаторно-поликлиническим отделением медицинской организации;

<3> Статья 48 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон N 323-ФЗ) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724).

- з) внесение соответствующей записи в амбулаторную карту при наличии заболевания (состояния), требующего оказания медицинской помощи в стационарных условиях, с указанием перечня рекомендуемых лабораторных и инструментальных методов исследований, а также оформление направления с указанием клинического диагноза при необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме;
- и) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций;
- к) назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с установленным порядком <4>:

<4> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1175н "Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления

указанных бланков, их учета и хранения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 июня 2013 г., регистрационный N 28883), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2013 г. N 886н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 декабря 2013 г., регистрационный N 30714) и от 30 июня 2015 г. N 386н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 6 августа 2015 г., регистрационный N 38379) (далее - приказ Минздрава России от 20 декабря 2012 г. N 1175н).

оформление протокола решения врачебной комиссии медицинской организации;
внесение записи в амбулаторную карту при назначении лекарственных препаратов для медицинского применения и применении медицинских изделий по решению врачебной комиссии медицинской организации <5>;

<5> В соответствии с пунктом 4.7 Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. N 502н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 июня 2012 г., регистрационный N 24516), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2013 г. N 886н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 декабря 2013 г., регистрационный N 30714).

л) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке <6>;

<6> Статья 59 Федерального закона N 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165).

м) осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке <7> с соблюдением периодичности обследования и длительности диспансерного наблюдения;

<7> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. N 1344н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 февраля 2013 г., регистрационный N 27072) и приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. N 1348н "Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 марта 2013 г., регистрационный N 27909).

н) проведение медицинских осмотров, диспансеризации в установленном порядке <8>, назначение по их результатам, в случае необходимости, дополнительных медицинских мероприятий, в том числе установление диспансерного наблюдения.

<8> Часть 7 статьи 46 Федерального закона N 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165; 2016, N 27, ст. 4219).

2.2. Критерии качества в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

а) ведение медицинской документации - медицинской карты стационарного больного, истории родов, истории развития новорожденного (далее - стационарная карта):
заполнение всех разделов, предусмотренных стационарной картой;

наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство <9>;

<9> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н "Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июня 2013 г., регистрационный N 28924), с изменением, внесенным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2015 г. N 549н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 сентября 2015 г., регистрационный N 38783).

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

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

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

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

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

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

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

з) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций:

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

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

и) внесение в стационарную карту в случае особенностей течения заболевания, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований, соответствующей записи, заверенной подписью заведующего профильным отделением (дневным стационаром): принятие решения о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации врачебной комиссией медицинской организации с оформлением протокола и внесением в стационарную карту <10>;

<10> Статья 48 Федерального закона N 323-ФЗ.

принятие при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решения консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в стационарную карту <10>;

<10> Статья 48 Федерального закона N 323-ФЗ.

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

к) проведение в обязательном порядке осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением в стационарную карту соответствующей записи, подписанной заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

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

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

проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) при изменении степени тяжести состояния пациента;

м) назначение лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения <11> и перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи <12>, врачебной комиссией медицинской организации, с оформлением решения протоколом с внесением в стационарную карту;

<11> Распоряжение Правительства Российской Федерации 28 декабря 2016 г. N 2885-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2017, N 2, ст. 435).

<12> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 22 октября 2016 г. N 2229-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2016, N 44, ст. 6177).

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

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

организации, в которую переводится пациент;

о) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке <6>;

<6> Статья 59 Федерального закона N 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165).

п) проведение при летальном исходе патолого-анатомического вскрытия в установленном порядке <13>;

<13> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 июня 2013 г. N 354н "О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 декабря 2013 г., регистрационный N 30612).

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

с) оформление по результатам лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара выписки из стационарной карты с указанием клинического диагноза, данных обследования, результатов проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, подписанной лечащим врачом, заведующим профильным отделением (дневным стационаром) и заверенной печатью медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами, выданной на руки пациенту (его законному представителю) в день выписки из медицинской организации.

АКУШЕРСТВО-ГИНЕКОЛОГИЯ, НЕОНАТОЛОГИЯ

3.14.20. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при эндометриозе (код по МКБ-10: N 80)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|---|-------------------|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное | Да/Нет |
| 2. | Выполнена гистероскопия (при аденомиозе) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 4. | Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |
| 5. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |

3.14.21. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при доброкачественном новообразовании яичника, невоспалительных болезнях яичника, маточной трубы и широкой связки матки (коды по МКБ-10: D27; N 83.0; N 83.1; N 83.2; N 83.4; N 83.5; N 83.6; N 83.7; N 83.8; N 83.9)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|--|-------------------|
| 1. | Выполнен осмотр врачом акушером-гинекологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при симптомах острого живота) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при симптомах острого живота) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при симптомах острого живота) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при симптомах острого живота) | Да/Нет |
| 5. | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Проведена консервативная терапия и/или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 8. | Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |
| 9. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |

3.15. Критерии качества при беременности, родах и послеродовом периоде

3.15.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при инфекции хирургической акушерской раны (коды по МКБ-10: O86.0)

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

3.15.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при акушерских кровотечениях в родах и в послеродовом периоде (коды по МКБ - 10: O67; O72)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|--|-------------------|
| 1. | Вызван второй врач-акушер-гинеколог или вторая акушерка не позднее 10 минут от момента установления диагноза | Да/Нет |
| 2. | Вызван врач-анестезиолог-реаниматолог не позднее 10 минут от момента установления диагноза | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ингаляционное введение кислорода не позднее 10 минут от момента установления диагноза | Да/Нет |
| 4. | Выполнено введение уретнических лекарственных препаратов не позднее 10 минут от момента установления диагноза (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено введение двух внутривенных катетеров не позднее 10 минут от момента установления диагноза | Да/Нет |
| 6. | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза) не позднее 10 минут от момента установления диагноза | Да/Нет |
| 7. | Выполнена катетеризация мочевого пузыря не позднее 10 минут от момента установления диагноза | Да/Нет |
| 8. | Выполнен наружновнутренний массаж и компрессия матки не позднее 10 минут от момента установления диагноза | Да/Нет |
| 9. | Выполнено удаление остатков плацентарной ткани и сгустков не позднее 10 минут от момента установления диагноза (при наличии остатков плацентарной ткани и сгустков) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено зашивание разрывов мягких родовых путей не позднее 10 минут от момента установления диагноза (при наличии разрывов мягких родовых путей) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена тромбоэластограмма | |
| 12. | Выполнена коррекция нарушений в системе гемостаза (при наличии нарушений в системе гемостаза) | Да/Нет |
| 13. | Проведена инфузионно-трансфузионная терапия | Да/Нет |
| 14. | Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 20 минут от момента установления диагноза при массивной кровопотере, превышающей 30% объема циркулирующей крови (при неэффективности консервативного лечения) | Да/Нет |
| 15. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет |
| 16. | Выполнено определение основных групп крови и резус-принадлежности | Да/Нет |

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

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|--|-------------------|
| 1. | Выполнено измерение гликемии не реже 4 раз в 24 часа ежедневно | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) | Да/Нет |

| | | |
|-----|---|--------|
| 3. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (белок, общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды, билирубин, аланинаминотрансфераза, аспаргатаминотрансфераза, мочевины, креатинин, калий, натрий) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий анализ мочи | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование на микроальбуминурию (при сроке беременности до 22 недель) | Да/Нет |
| 7. | Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации | Да/Нет |
| 8. | Выполнена коагулограмма (ориентировочное определение гемостаза) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено ультразвуковое исследование плода (при сроке беременности 22 недели и более) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена консультация врача-офтальмолога | Да/Нет |
| 11. | Выполнен расчет индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина и целевые значения гликемии натощак и через 1 час после еды и на ночь | Да/Нет |
| 12. | Выполнена отмена гипогликемических лекарственных препаратов, кроме инсулина (в случае приема пациентом) | Да/Нет |
| 13. | Выполнена терапия лекарственными препаратами группы инсулина и их аналогов и/или диетотерапия (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 14. | Достигнуты индивидуальные целевые значения гликемии натощак и через 1 час после еды и на ночь | Да/Нет |

3.15.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при ложных схватках (код по МКБ-10: O47)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|--|-------------------|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование плода | Да/Нет |
| 3. | Выполнена кардиотокография плода | Да/Нет |

3.15.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при внематочной [эктопической] беременности (код по МКБ-10: O00)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|--|-------------------|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 15 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и | Да/Нет |

| | | |
|----|---|--------|
| | определение резус-принадлежности | |
| 5. | Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при нарушенной беременности) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 72 часов от момента хирургического вмешательства или появления кровяных выделений (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 8. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |

3.15.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при пузырном заносе и других аномальных продуктах зачатия (коды по МКБ-10: O01; O02)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|---|-------------------|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное и трансабдоминальное | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение основных групп крови (A, B, 0) и определение резус-принадлежности | Да/Нет |
| 6. | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено хирургическое вмешательство (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена рентгенография органов грудной клетки (при пузырном заносе) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 72 часов от момента хирургического вмешательства или появления кровяных выделений (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено повторное ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное и трансабдоминальное | Да/Нет |
| 12. | Выполнено повторное исследование уровня хорионического | Да/Нет |

| | | |
|-----|--|--------|
| | гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови | |
| 13. | Отсутствие тромбозмболических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |
| 14. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |

3.15.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при самопроизвольном выкидыше (коды по МКБ-10: O20; O03.3; O03.4; O03.8; O03.9; O05.3; O05.4; O05.8; O05.9; O06.3; O06.4; O06.8; O06.9)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|---|-------------------|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 15 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное (при удовлетворительном состоянии) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий(клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и определение резус-принадлежности | Да/Нет |
| 6. | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 48 часов от момента хирургического вмешательства или появления кровяных выделений (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено повторное ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное | Да/Нет |
| 9. | Отсутствие тромбозмболических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |
| 10. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |

3.15.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при аборте (самопроизвольном, искусственном, ином), внематочной или молярной беременности, осложнившейся длительным и чрезмерным кровотечением (коды по МКБ-10: O03.1; O03.6; O04.1; O04.6; O05.1; O05.6; O06.1; O06.6; O07.1; O07.6; O08.1)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|---|-------------------|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар или установления диагноза | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |

| | | |
|-----|---|--------|
| | трансвагинальное | |
| 3. | Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и определение резус-принадлежности | Да/Нет |
| 6. | Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) и/или тромбоэластограмма | Да/Нет |
| 7. | Выполнено ингаляционное введение кислорода не позднее 10 минут от момента установления диагноза (при сатурации менее 92%) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено введение внутривенного катетера не позднее 10 минут от момента установления диагноза | Да/Нет |
| 9. | Выполнено введение лекарственных препаратов группы окситоцина и его аналогов и/или группы утеротонизирующие не позднее 10 минут от момента установления диагноза (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Проведена инфузионно-трансфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена коррекция нарушений в системе гемостаза (при наличии нарушений в системе гемостаза) | Да/Нет |
| 12. | Выполнена катетеризация мочевого пузыря не позднее 30 минут от момента установления диагноза | Да/Нет |
| 13. | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза) не позднее 10 мин от момента установления диагноза | Да/Нет |
| 14. | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 15. | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 16. | Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 48 часов от момента хирургического вмешательства или появления кровяных выделений (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 17. | Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |
| 18. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |

3.15.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при инфекции половых путей и тазовых органов, вызванные абортom, внематочной или молярной беременностью (коды по МКБ-10: O03.0; O03.5; O04.0; O04.5; O05.0; O05.5; O06.0; O06.5; O07.0; O07.5; O08.0)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|---|-------------------|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 30 мин от момента поступления в стационар или установления диагноза | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и определение резус-принадлежности | Да/Нет |
| 7. | Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам | Да/Нет |
| 9. | Выполнена санация гнойного очага | Да/Нет |
| 10. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено повторное исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови | Да/Нет |
| 12. | Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 48 часов от момента хирургического вмешательства или появления кровяных выделений (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 13. | Отсутствие тромбозэмболических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |
| 14. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |

3.15.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при предлежании плаценты с кровотечением, преждевременной отслойке плаценты, дородовом кровотечении (коды по МКБ-10: О44.1; О45; О46)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|---|-------------------|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 2. | Выполнено введение внутривенного катетера не позднее 10 минут от момента установления диагноза | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ингаляционное введение кислорода (при сатурации менее 92%) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и определение резус-принадлежности | Да/Нет |

| | | |
|-----|---|--------|
| 6. | Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) и/или тромбоэластограмма | Да/Нет |
| 7. | Выполнена кардиотокография плода не позднее 30 минут от момента поступления (при удовлетворительном состоянии) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислородом в крови, диуреза) | Да/Нет |
| 9. | Проведена инфузионно-трансфузионная терапия (при кровопотере более 500 мл и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена коррекция нарушений в системе гемостаза (при наличии нарушений в системе гемостаза) | Да/Нет |
| 11. | Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |
| 12. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |

3.15.11. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при родах одноплодных, самопроизвольном родоразрешении (включено: случаи с минимальной помощью или без нее, с проведением эпизиотомии или без нее) (коды по МКБ-10: O80; O70; O71.3; O71.4)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|---|-------------------|
| 1. | Выполнена установка внутривенного катетера роженице | Да/Нет |
| 2. | Выполнена аускультация плода с помощью стетоскопа и/или кардиотокография плода | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование плода не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при наличии медицинских показаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ведение партограммы | Да/Нет |
| 5. | Выполнено введение лекарственных препаратов группы окситоцин и его аналогов роженице не позднее 1 минуты от момента рождения ребенка (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено пережатие пуповины новорожденного не ранее 60 секунд и не позднее 3 минут от момента рождения | Да/Нет |
| 7. | Выполнено выделение последа не позднее 30 минут от момента рождения ребенка | Да/Нет |
| 8. | Выполнено исследование плаценты послеродовое | Да/Нет |
| 9. | Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 72 часов от момента родоразрешения (при рождении резус-положительного ребенка и при отсутствии резус-антител в крови и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено ушивание разрывов мягких тканей родовых путей и/или шейки матки (при наличии разрывов мягких тканей родовых путей и/или шейки матки и/или при разрезе промежности (эпизиотомии)) не позднее 60 минут от момента родоразрешения | Да/Нет |

| | | |
|-----|--|--------|
| 11. | Выполнена оценка состояния новорожденного (спонтанное дыхание, сердечные сокращения, цвет кожных покровов) в конце первой минуты от момента рождения | Да/Нет |
|-----|--|--------|

3.15.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при оперативном родоразрешении путем кесарева сечения (коды по МКБ-10: O82; O84.2)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|---|-------------------|
| 1. | Выполнена аускультация плода с помощью стетоскопа и/или кардиотокография плода (не позднее 30 минут до хирургического вмешательства) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена установка внутривенного катетера роженице | Да/Нет |
| 3. | Выполнена постановка мочевого катетера роженице | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый роженице | Да/Нет |
| 5. | Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) и/или тромбоэластограмма (при плановом хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и определение резус-принадлежности роженице | Да/Нет |
| 7. | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до оперативного родоразрешения (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Проведена инфузионно-трансфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено пережатие пуповины новорожденного не ранее 30 секунд и не позднее 1 минуты от момента рождения | Да/Нет |
| 10. | Выполнено введение лекарственных препаратов группы окситоцин и его аналогов роженице внутривенно медленно не позднее 1 минуты от момента извлечения плода (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена оценка состояния новорожденного (спонтанное дыхание, сердечные сокращения, цвет кожных покровов) в конце первой минуты от момента рождения | Да/Нет |
| 12. | Выполнено исследование плаценты послеродовое | Да/Нет |
| 13. | Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 72 часов от момента родоразрешения (при рождении резус-положительного ребенка и при отсутствии резус-антител в крови и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 14. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый родильницы не позднее 72 часов от момента оперативного родоразрешения | Да/Нет |
| 15. | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при | Да/Нет |

| | | |
|-----|---|--------|
| | субфебрильной температуре тела в течение 72 часов от момента оперативного родоразрешения) | |
| 16. | Температура тела не выше 37,2°C на момент выписки из стационара | Да/Нет |
| 17. | Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |
| 18. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |

3.15.13. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при преждевременном разрыве плодных оболочек, преждевременных родах (коды по МКБ-10: O42; O60)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|---|-------------------|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование плода не позднее 60 минут от момента поступления в стационар (при удовлетворительном состоянии) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена кардиотокография плода не позднее 60 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови (при дородовом излитии околоплодных вод) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при дородовом излитии околоплодных вод) | Да/Нет |
| 7. | Выполнен токолиз (при раскрытии маточного зева менее 3 см в срок гестации менее 34 недель (угрожающие преждевременные роды) или при раскрытии маточного зева менее 3 см в срок гестации 34-37 недель в случае транспортировки в стационар 3 уровня и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Проведена антенатальная терапия лекарственными препаратами группы системные глюкокортикостероиды (при сроке гестации менее 37 недель и раскрытие маточного зева менее 3 см, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |
| 10. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |

3.15.14. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при отеках, протеинурии и гипертензивных расстройствах во время беременности, родов и послеродовом периоде, преэклампсии, эклампсии (коды по МКБ-10: O10 - O16)

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

| | | выполнения |
|-----|--|------------|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 20 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 2. | Проведена терапия антигипертензивными лекарственными препаратами не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при тяжелой преэклампсии и эклампсии и при артериальном давлении более 140/90 мм.рт.ст. и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено введение Магния сульфата внутривенно медленно не позднее 30 минут от момента поступления (при тяжелой преэклампсии и эклампсии и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование плода не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при удовлетворительном состоянии) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена кардиотокография плода не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при сроке беременности более 32 недель (при удовлетворительном состоянии) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена оценка степени нарушения сознания по шкале Глазко не позднее 30 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 7. | Выполнена искусственная вентиляция легких (при оценке по шкале Глазго ниже 8 баллов и/или серии судорожных приступов) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериальное давление, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза) (при тяжелой преэклампсии и эклампсии) | Да/Нет |
| 9. | Выполнен анализ мочи общий | Да/Нет |
| 10. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет |
| 11. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, общего билирубина, свободного и связанного билирубина, аспартат-трансаминаза, аланин-трансаминаза, креатинин, мочевая кислота, лактатдегидрогеназа, натрий, калий) | Да/Нет |
| 12. | Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) и/или тромбоэластограмма | Да/Нет |
| 13. | Выполнено определение белка в суточной моче | Да/Нет |
| 14. | Проведена антигипертензивная терапия антиадренергическими лекарственными препаратами центрального действия и/или селективным блокатором кальциевых каналов с преимущественным влиянием на сосуды и/или бета-адреноблокаторами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 15. | Проведена антенатальная терапия лекарственными препаратами группы системные глюкокортикостероиды (при сроке гестации менее 34 недель и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 16. | Выполнено родоразрешение при нарастании тяжести преэклампсии | Да/Нет |
| 17. | Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |

| | | |
|-----|--|--------|
| 18. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |
|-----|--|--------|

3.15.15. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при послеродовом сепсисе (код по МКБ-10: O85)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|--|-------------------|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 2. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, общий белок, мочевины, креатинин, калий, натрий) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 3. | Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование уровня С-реактивного белка и/или прокальцитонина в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнен анализ мочи общий | Да/Нет |
| 6. | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из полости матки с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам | Да/Нет |
| 7. | Выполнено бактериологическое исследование крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам | Да/Нет |
| 8. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ, SB, BB, SO ₂ , HbO) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное и/или магнитно-резонансная томография брюшной полости и органов малого таза | Да/Нет |
| 10. | Выполнено электрокардиографическое исследование | Да/Нет |
| 11. | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислородом в крови, диуреза) | Да/Нет |
| 12. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 13. | Проведена инфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

3.15.16. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при послеродовом эндометрите (код по МКБ-10: O86.8)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|---|-------------------|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет |
| 2. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический | Да/Нет |

| | | |
|----|--|--------|
| | (общий белок, мочеви́на, креатинин, калий, натрий, кальций) не менее 2 раз за период госпитализации | |
| 3. | Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование уровня С-реактивного белка и/или прокальцитонина в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнен анализ мочи общий | Да/Нет |
| 6. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное и/или магнитно-резонансная томография брюшной полости и органов малого таза | Да/Нет |
| 7. | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из полости матки с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам | Да/Нет |
| 8. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Проведена инфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

3.16. Критерии качества при отдельных состояниях, возникающих в перинатальном периоде

3.16.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при замедленном росте и недостаточности питания плода (код по МКБ-10: P05)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|--|-------------------|
| 1. | Выполнена оценка физического развития новорожденного по центильным таблицам при рождении | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка гестационного возраста и физического развития новорожденного по шкале Балларда не позднее 36 часов от момента рождения | Да/Нет |
| 3. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин, креатинин, мочеви́на) не позднее 24 часов от момента рождения | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ) не реже 1 раза в 24 часа (при дыхательной недостаточности) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента рождения | Да/Нет |
| 6. | Выполнена нейросонография | Да/Нет |
| 7. | Выполнено измерение массы тела не реже 1 раза в 24 часа | Да/Нет |

3.16.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при расстройствах, связанных с укорочением срока беременности и малой массой тела при рождении (код по МКБ-10: P07)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|---|-------------------|
| 1. | Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman при рождении | Да/Нет |
| 2. | Выполнена профилактика гипотермии с использованием пластиковой пленки (пакета) при рождении (при сроке гестации менее 28 недель и/или массе тела при рождении менее 1000 грамм) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови) в течение не менее 48 часов от момента рождения (у новорожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ) не реже 1 раз в 24 часа (при дыхательной недостаточности) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии показаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ развернутый с подсчетом нейтрофильного индекса не позднее 24 часов от момента рождения | Да/Нет |
| 7. | Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента рождения (при дыхательной недостаточности) | Да/Нет |
| 8. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, общий белок, общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин, креатинин, мочевины) не позднее 24 часов от момента рождения | Да/Нет |
| 9. | Выполнено выхаживание с сохранением температурного баланса до достижения массы тела 1,9 кг и более (при массе тела менее 1,9 кг) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена нейросонография | Да/Нет |
| 11. | Выполнена эхокардиография (у новорожденных с экстремально низкой массой тела при рождении) | Да/Нет |
| 12. | Выполнена оценка гестационного возраста и физического развития новорожденных по шкале Балларда не позднее 36 часов от момента рождения | Да/Нет |
| 13. | Выполнено измерение массы тела не реже 1 раз в 24 часа | Да/Нет |

3.16.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при внутриутробной гипоксии, асфиксии при родах (коды по МКБ-10: P20; P21)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|---|-------------------|
| 1. | Выполнена оценка состояния новорожденного по шкале Апгар на 1 и 5 минуте жизни | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка состояния новорожденного по шкале Апгар на 10 минуте жизни (при оценке по шкале Апгар ниже 4 баллов на 5 минуте жизни) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена нейросонография не позднее 72 часов от момента рождения | Да/Нет |

| | | |
|-----|--|--------|
| 4. | Выполнена консультация врача-невролога не позднее 24 часов от момента проведения нейросонографии | Да/Нет |
| 5. | Выполнена повторная нейросонография не позднее 96 часов от момента проведения предыдущей нейросонографии | Да/Нет |
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента рождения | Да/Нет |
| 7. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, лактат, мочевины, калий, натрий, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин) не позднее 24 часов от момента рождения | Да/Нет |
| 8. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ) не позднее 6 часов от момента рождения или не позднее 5 минут от момента рождения при оценке по шкале Апгар ниже 3 баллов | Да/Нет |
| 9. | Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено повторное исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ) не реже 4 раз в 24 часа при оценке по шкале Апгар ниже 3 баллов | Да/Нет |
| 11. | Выполнена терапия противозепилептическими лекарственными препаратами (при судорожном синдроме и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

3.16.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при транзиторном тахипноэ у новорожденного (код по МКБ-10: P22.1)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|--|-------------------|
| 1. | Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman (для недоношенных) или шкале Downes (для доношенных) (не позднее 2 часов и повторно не позднее 6, 12 и 24 часов от момента рождения) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена пульсоксиметрия с мониторингом частоты сердечных сокращений не позднее 1 минуты от момента выявления дыхательных нарушений по шкале Silverman (для недоношенных) или шкале Downes (для доношенных) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии показаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (дыхания, уровня насыщения кислородом в крови, пульса) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ) не реже 1 раза в 24 часа (при дыхательной недостаточности) | Да/Нет |
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не | Да/Нет |

| | | |
|----|--|--------|
| | позднее 24 часа от момента выявления дыхательных нарушений | |
| 7. | Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента выявления дыхательных нарушений | Да/Нет |
| 8. | Отсутствие развития синдрома "утечки воздуха" | Да/Нет |

3.16.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при синдроме дыхательного расстройства у новорожденного и первичном ателектазе у новорожденного (коды по МКБ-10: P22.0; P28.0)

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

3.16.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при врожденной пневмонии (код по МКБ-10: P23)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|--|-------------------|
| 1. | Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman (для недоношенных) или шкале Downes (для доношенных) при рождении | Да/Нет |
| 2. | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (пульса, дыхания, уровня насыщения кислородом в крови) в течение 24 часов от момента рождения | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (pH, PaCO ₂ , PaO ₂ , BE) не реже 1 раза в 24 часа (при дыхательной недостаточности) | Да/Нет |

| | | |
|-----|--|--------|
| 4. | Выполнено ингаляционное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено бактериологическое исследование мокроты или трахеального аспирата на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам | Да/Нет |
| 6. | Выполнено бактериологическое исследование крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам | Да/Нет |
| 7. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с определением нейтрофильного индекса не позднее 24 часов от момента рождения | Да/Нет |
| 8. | Выполнен повторный анализ крови развернутый с определением нейтрофильного индекса не позднее 72 часов от момента предыдущего исследования | Да/Нет |
| 9. | Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента рождения | Да/Нет |
| 10. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами | Да/Нет |
| 11. | Отсутствие развития синдрома "утечки воздуха" | Да/Нет |

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

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|--|-------------------|
| 1. | Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman (для недоношенных) или шкале Downes (для доношенных) (не позднее 2 часов от момента рождения и повторно не позднее 6 часов и 24 часов от момента рождения) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови) (при дыхательной недостаточности) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ) не реже 2 раз в 24 часа (при дыхательной недостаточности) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ингаляционное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено бактериологическое исследование крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам | Да/Нет |
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с определением нейтрофильного индекса не позднее 24 часов от момента рождения | Да/Нет |
| 7. | Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 | Да/Нет |

| | | |
|----|---|--------|
| | часов от момента рождения | |
| 8. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами | Да/Нет |

3.16.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при бронхолегочной дисплазии, возникшей в перинатальном периоде (код по МКБ-10: P27.1)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|--|-------------------|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки | Да/Нет |
| 3. | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови) и/или пульсоксиметрия не реже 2 раз в 24 часа | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ингаляционное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии показаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена эхокардиография | Да/Нет |
| 7. | Выполнена терапия лекарственными препаратами группы системные глюкокортикостероиды или группы ингаляционные глюкокортикостероиды (при дыхательной недостаточности в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение лекарственными препаратами: группы короткодействующие селективные бета 2-адреномиметики ингаляционно или комбинацией лекарственных препаратов группы селективные бета 2-адреномиметики и группы холинолитики (при наличии медицинских показаний) | Да/Нет |

3.16.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при внутричерепном нетравматическом кровоизлиянии у плода и новорожденного (код по МКБ-10: P52)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|---|-------------------|
| 1. | Выполнено определение протромбинового времени и/или протромбинового индекса и/или международного нормализованного отношения | Да/Нет |
| 2. | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, пульса) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена нейросонография не позднее 24 часов от момента установления диагноза | Да/Нет |
| 4. | Выполнена консультация врача-невролога не позднее 24 часов от момента проведения нейросонографии | Да/Нет |

| | | |
|----|--|--------|
| 5. | Выполнена повторная нейросонография не позднее 72 часов от момента проведения предыдущей нейросонографии | Да/Нет |
| 6. | Выполнена терапия лекарственными препаратами группы Витамин К и другие системные гемостатики (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Отсутствие прогрессирования кровоизлияния | Да/Нет |

3.16.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при геморрагической болезни плода и новорожденного (код по МКБ-10: P53)

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

3.16.11. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при гемолитической болезни плода и новорожденного, водянке плода, обусловленной гемолитической болезнью (коды по МКБ-10: P55; P56)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|---|-------------------|
| 1. | Выполнено исследование уровня общего билирубина и уровня общего гемоглобина в пуповинной крови у новорожденного при рождении (при отрицательном резус факторе и/или группы крови 0(I) у матери) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и определение резус-принадлежности у новорожденного в пуповинной крови при рождении | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса) и/или непрямой антиглобулиновый тест (тест Кумбса) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена операция частичного заменного переливания крови не | Да/Нет |

| | | |
|----|--|--------|
| | позднее 3 часов от момента рождения (при отечной форме гемолитической болезни) | |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови с определением количества ретикулоцитов | Да/Нет |
| 6. | Выполнено повторное исследование уровня общего билирубина и определен почасовой прирост общего билирубина не позднее 6 часов и 12 часов от момента рождения | Да/Нет |
| 7. | Выполнена фототерапия кожи и/или операция заменного переливания крови после оценки уровня общего билирубина в зависимости от массы тела при рождении (при наличии медицинских показаний) | Да/Нет |
| 8. | Достигнут уровень общего билирубина в крови ниже значений, являющихся показанием для начала фототерапии | Да/Нет |
| 9. | Отсутствие анемии на момент выписки из стационара | Да/Нет |

3.16.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при неонатальной желтухе (коды по МКБ-10: P58; P59)

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

3.16.13. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при других нарушениях церебрального статуса (церебральная ишемия) у новорожденного (код по МКБ-10: P91)

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

| | | выполнения |
|----|---|------------|
| 1. | Выполнена нейросонография не позднее 24 часов от момента установления диагноза | Да/Нет |
| 2. | Выполнена консультация врача-невролога не позднее 24 часов от момента проведения нейросонографии | Да/Нет |
| 3. | Выполнена повторная нейросонография не позднее 48 часов от момента проведения предыдущей нейросонографии | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента установления диагноза | Да/Нет |
| 5. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, лактат, мочевины, калий, натрий, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин) не позднее 24 часов от момента установления диагноза | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ) не позднее 6 часов от момента установления диагноза | Да/Нет |
| 7. | Выполнено ингаляционное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена терапия противосудорожными лекарственными препаратами (при судорожном синдроме и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |