**Об утверждении  
требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности**

В соответствии со статьей 90 Федерального закона от 21 ноября 2011 г.   
№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442; 2012, № 26, ст. 3446) п р и к а з ы в а ю:

Утвердить требования к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности согласно приложению.

Министр В.И. Скворцова

Приложение

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

**Требования   
к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности**

1. Настоящие Требования устанавливают порядок организации   
и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – внутренний контроль).

2. Внутренний контроль осуществляется органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения (далее – медицинскими организациями) в соответствии с настоящими требованиями   
к его организации и проведению.

3. Задачами внутреннего контроля являются:

1. создание условий для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности;
2. разработка и реализация мер по повышению качества медицинской помощи в медицинской организации;
3. совершенствование процессов медицинской деятельности для выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления;
4. обеспечение рационального использования материально-технических, кадровых, информационных, финансовых ресурсов;
5. обеспечение соблюдения обязательных требований для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья.

4. Внутренний контроль включает:

* + 1. контроль соблюдения медицинскими организациями   
       и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, прав граждан в сфере охраны здоровья;
    2. контроль соблюдения осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи;
    3. контроль соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;
    4. контроль соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, ограничений, применяемых к указанным лицам при осуществлении профессиональной деятельности;
    5. оценку качества медицинской помощи по критериям оценки качества медицинской помощи в установленном законодательством Российской Федерации порядке;
    6. контроль соблюдения требований к порядку создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации;
    7. контроль обеспечения безопасности медицинской деятельности (приложения 1-11), в том числе:
       1. безопасности при идентификации личности пациентов;
       2. эпидемиологической безопасности (профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи);
       3. лекарственной безопасности;
       4. безопасности обращения медицинских изделий;
       5. безопасности при организации экстренной и неотложной помощи;
       6. преемственности оказания медицинской помощи, безопасности при организации перевода пациентов в рамках одной медицинской организации и/или трансфера в другие медицинские организации;
       7. хирургической безопасности, профилактики рисков, связанных   
          с оперативными вмешательствами;
       8. профилактики рисков, связанных с переливанием донорской крови   
          и ее компонентов, препаратов из донорской крови;
       9. безопасности среды в медицинской организации;
       10. безопасности при организации ухода за пациентами, в том числе профилактики пролежней и падений;
       11. безопасности медицинской деятельности в амбулаторных условиях, в том числе при организации профилактической работы и формирования здорового образа жизни среди населения; организации работы регистратуры; диспансеризации прикрепленного населения; организации диспансерного наблюдения за хроническими больными; использовании стационарзамещающих технологий;
       12. иных направлений безопасности медицинской деятельности.

1. Внутренний контроль осуществляется посредством:
   * + 1. оценки качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации, её структурных подразделений группой собственных и/или привлеченных специалистов в соответствии   
          с направлениями внутреннего контроля, указанными в пункте 4 настоящих Требований (далее – Оценка);
       2. сбора, обработки, регистрации и анализа показателей качества деятельности медицинской организации, а также неблагоприятных событий при оказании медицинской помощи (смерти пациента и (или) утраты трудоспособности вследствие оказания медицинской помощи, потребовавшей дополнительного лечения и (или) удлинения пребывания   
          в медицинской организации) (далее – Мониторинг качества и безопасности медицинской деятельности).

6. Внутренний контроль осуществляется врачебной комиссией, структурным подразделением по качеству и безопасности медицинской деятельности (далее – Служба по качеству) и руководителем медицинской организации.

7. Врачебная комиссия в соответствии с утвержденным в медицинской организации планом-графиком заседаний врачебной комиссии осуществляет внутренний контроль посредством:

* + - 1. оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов;
      2. направления сообщений в Федеральную службу по надзору сфере здравоохранения в целях осуществления мониторинга безопасности лекарственных препаратов о выявленных случаях побочных действий,   
         не указанных в инструкции по применению лекарственного препарата, серьезных нежелательных реакций и непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов, в том числе послуживших основанием для назначения лекарственных препаратов;
      3. направления сообщений в Федеральную службу по надзору сфере здравоохранения в целях осуществления мониторинга безопасности медицинских изделий о выявленных случаях побочных действий,   
         не указанных в инструкции по применению или руководстве   
         по эксплуатации медицинского изделия, нежелательных реакций при его применении, особенностей взаимодействия медицинских изделий между собой, фактов и обстоятельств, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации зарегистрированных медицинских изделий;
      4. оценки соблюдения в медицинской организации установленного порядка ведения медицинской документации;
      5. разработки мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов;
      6. изучения каждого случая смерти пациента в целях выявления причины смерти, а также выработки мероприятий по устранению нарушений в деятельности медицинской организации и медицинских работников   
         в случае, если такие нарушения привели к смерти пациента;
      7. анализа заболеваемости, в том числе матерей и новорожденных, внутрибольничными инфекциями, разработки и реализации мероприятий   
         по профилактике заболеваемости внутрибольничными инфекциями;
      8. взаимодействия в работе по вопросам, относящимся к компетенции врачебной комиссии, с территориальными фондами обязательного медицинского страхования, региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации, территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы,   
         со страховыми медицинскими организациями, иными органами   
         и организациями;
      9. рассмотрения обращений (жалоб) по вопросам, связанным   
         с оказанием медицинской помощи граждан в медицинской организации;
      10. исполнения иных функций, предусмотренных федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, федеральных органов исполнительной власти и органов государственной власти субъектов Российской Федерации.

8. Руководителем Службы по качеству медицинской организации является уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности, организующее работу Службы по качеству в соответствии   
с пунктом 9 настоящих Требований.

9. Служба по качеству осуществляет внутренний контроль   
во взаимодействии с другими структурными подразделениями медицинской организации, а также в пределах своей компетенции со сторонними организациями посредством:

* + 1. организации и проведения Оценки;
    2. организации и проведения Мониторингакачества и безопасности медицинской деятельности;
    3. реализации мер, принимаемых по результатам внутреннего контроля;
    4. разработки и реализации мер по совершенствованию подходов   
       к организации оказания медицинской помощи;
    5. организационно-методического руководства, координации   
       и контроля структурных подразделений медицинской организации   
       по вопросам обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности;
    6. участия в пределах своей компетенции в формировании системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг;
    7. информирования врачей, среднего медицинского персонала и других сотрудников медицинской организации о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности и мерах, принимаемых для улучшения;
    8. осуществление в пределах своей компетенции иных функций   
       по решению руководителя медицинской организации.
    9. проведения экспертизы качества медицинской помощи по решению руководителя медицинской организации в части проведения мероприятий   
       по выявлению нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

10. При осуществлении внутреннего контроля могут привлекаться научные и иные организации, ученые и специалисты;

11. По решению руководителя медицинской организации в целях выполнения отдельных задач внутреннего контроля, установленных   
пунктом 2 настоящих Требований, при Службе по качеству могут быть созданы профильные рабочие группы по отдельным направлениям деятельности.

1. Оценка осуществляется в плановом и внеплановом порядке;

13. Плановая Оценка осуществляется в соответствии с ежегодным планом, утверждаемым руководителем медицинской организации.

14. Внеплановая Оценка осуществляется по решению руководителя медицинской организации либо при наличии:

* + 1. установленной по результатам Мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности отрицательной динамики показателей качества деятельности медицинской организации и неблагоприятных событий при оказании медицинской помощи;
    2. обоснованных (в т.ч. повторных) жалоб и обращений граждан, связанных с оказанием медицинской помощи.

15. Для проведения Оценки используются источники информации:

1. медицинская документация, в том числе медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, история развития ребенка, индивидуальная карта беременной и родильницы, медицинская карта стационарного больного, история родов, история развития новорожденного;
2. результаты анкетирования и устных опросов (интервьюирования)   
   по заранее составленной форме пациентов и/или их законных представителей, результаты анализа жалоб и обращений граждан;
3. результаты анкетирования и устных опросов (интервьюирования) персонала;
4. прямое наблюдение за процессами медицинской деятельности.

16. По результатам Оценки в рамках внутреннего контроля Службой   
по качеству составляется отчет.

В отчете указывается:

1. порядок Оценки (плановый, внеплановый);
2. основание для проведения Оценки;
3. структурные подразделения, подлежащие Оценке;
4. дата, время и место проведения Оценки;
5. дата и номер приказа руководителя медицинской организации   
   о проведении Оценки;
6. фамилии, имена, отчества и должности сотрудников, проводивших Оценку;
7. сведения о результатах Оценки по направлениям внутреннего контроля.

17. Мониторинг качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется по направлениям внутреннего контроля, установленным пунктом 4 настоящих Требований, в порядке, установленном руководителем медицинской организации, но не реже одного раза в квартал;

18. По результатам внутреннего контроля не реже одного раза за один календарный год формируется сводный отчет, утверждаемый руководителем медицинской организации, содержащий информацию о состоянии качества   
и безопасности медицинской деятельности и о мерах, принятых   
по результатам внутреннего контроля.

Приложение 1

к Требованиям

к организации и проведению

внутреннего контроля

качества и безопасности

медицинской деятельности, утвержденному

Министерством здравоохранения

Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. №\_\_\_\_

Оценочный лист по направлению «Безопасность при идентификации личности пациентов»

| № | Группы показателей | Показатели | № | Порядок оценки показателей | Да | Нет | Примечания |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Организация идентификации личности пациента на всех этапах оказания медицинской помощи | Наличие приказов по вопросам идентификации пациентов | Проверить наличие приказов главного врача по вопросам идентификации личности пациента, включая следующие этапы оказания медицинской помощи: | |  |  |  |
| 1.1 | Обращение в медицинскую организацию, госпитализация, регистрация, ведение медицинской документации |  |  |  |
| 1.2 | Оказание медицинской помощи: диагностика, лечение |  |  |  |
| 1.3 | Перевод в другие отделения в пределах медицинской организации |  |  |  |
| 1.4 | Выписка, перевод в другую медицинскую организацию |  |  |  |
| Регулярная Оценка идентификации личности пациента | 1.5 | Проверить наличие отчетов о результатах Оценки/регулярность, планов по устранению недостатков /ответственные/сроки |  |  |  |
| 1.6 | Оценить регулярность информирования персонала по результатам Оценки – опросить не менее 5-и сотрудников из различных подразделений медицинской организации по результатам оценки |  |  |  |
| Обучение персонала по вопросам идентификации пациентов | 1.7 | Оценить обучение персонала по вопросам идентификации личности, проверить наличие планов обучения, журналов обучения (охват персонала 100%), регулярность проведения тренингов |  |  |  |
|  | Идентификация личности при поступлении пациента, находящегося в бессознательном состоянии | Наличие алгоритма идентификации личности пациента, находящегося в бессознательном состоянии с документами и сопровождающими | 2.1 | Проверить наличие алгоритма в приемном отделении |  |  |  |
| 2.2 | Оценить знания алгоритма, опросить не менее 2-х сотрудников приемного отделения |  |  |  |
| Наличие алгоритма идентификации личности пациента, находящегося в бессознательном состоянии без документов и сопровождающих, включая порядок обращения в органы внутренних дел | 2.3 | Проверить наличие алгоритма в приемном отделении |  |  |  |
| 2.4 | Оценить знания алгоритма, опросить не менее 2-х сотрудников приемного отделения |  |  |  |
|  | Идентификация личности в процессе оказания медицинской помощи | Исполнение алгоритмов идентификации пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи | Исполнение алгоритмов идентификации пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи, в т.ч.: | |  |  |  |
| 3.1 | Оценить исполнение алгоритма идентификации личности пациента при обращении в медицинскую организацию, проверить не менее 5 случаев поступления пациентов и оценить полноту, точность и аккуратность заполнения медицинской документации |  |  |  |
| 3.2 | Оценить методом наблюдения соблюдение алгоритма идентификации личности не менее 5 случаев обращения пациентов в медицинскую организацию |  |  |  |
| 3.3 | Оценить исполнение алгоритма идентификации личности пациента при оказании медицинской помощи методом наблюдения не менее 10 случаев в различных подразделениях медицинской организации, включая: выдачу лекарственных средств, проведение манипуляций и т.д. |  |  |  |
| 3.4 | Оценить исполнение алгоритма идентификации личности пациента в процессе лабораторной и инструментальной диагностики, проверить по 5 случаев направления и получения результатов, оценить полноту и аккуратность заполнения направлений и бланков с результатами |  |  |  |
|  | Идентификация личности пациентов при помощи браслетов | Наличие браслетов у пациентов  Наличие и исправность считывающего оборудования  Регулярное техобслуживание оборудования | 4.1 | Проверить наличие браслетов (указать какого типа браслеты используются) у пациентов в разных подразделениях медицинской организации, не менее 10 пациентов |  |  |  |
| 4.2 | При использовании браслетов со штрих-кодом или чипом проверить наличие и исправность считывающего оборудования во всех подразделениях медицинской организации |  |  |  |
| 4.3 | Оценить мероприятия по контролю технического состояния оборудования, проверить наличие договоров с компаниями, осуществляющими техническое обслуживание оборудования, журналов проведения поверок, регулярность |  |  |  |
|  | Идентификация личности пациентов и обеспечение перевода при поступлении пациентов, не владеющих русским языком | Организация перевода при поступлении пациентов, не владеющих русским языком | 5.1 | Проверить наличие списков сотрудников (включая контактные данные), владеющих другими языками и имеющими возможность выступить в качестве переводчиков |  |  |  |
| 5.2 | Проверить наличие списков и контактных данных переводчиков из местных национальных диаспор, наличие договоров об оказании услуг  Проверить наличие списков и контактных данных переводчиков-волонтеров, сотрудничающих с медицинской организацией |  |  |  |
| 5.3 | Оценить исполнение алгоритма, опросить при помощи переводчиков не менее 2-х пациентов (если возможно), не владеющих русским языком, на предмет наличия перевода при поступлении, общении с медицинским работниками |  |  |  |
| 5.4 | Проверить наличие информационных материалов для пациентов и сопровождающих, переведенных на наиболее распространенные национальные языки |  |  |  |

Приложение 2

к Требованиям

к организации и проведению

внутреннего контроля

качества и безопасности

медицинской деятельности, утвержденному

Министерством здравоохранения

Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. №\_\_\_\_

Оценочный лист по направлению «Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи)»

| № | Группы показателей | Показатели | № | Порядок оценки показателей | Да | Нет | Примечания |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Организация обеспечения эпидемиологической безопасности | Наличие приказов главного врача по вопросам эпидемиологической безопасности (профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи ) | Проверить наличие приказов главного врача по вопросам эпидемиологической безопасности (профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи) | |  |  |  |
| 1.1 | Программа обеспечения эпидемиологической безопасности в медицинской организации |  |  |  |
| 1.2 | Деятельность комиссии по эпидемиологической безопасности (профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи), включая поименный состав, наличие врача-эпидемиолога, помощника эпидемиолога, ответственного |  |  |  |
| 1.3 | Деятельность рабочих групп по разработке стандартных операционных процедур инвазивных процедур |  |  |  |
| 1.4 | Система выявления, учета и регистрации инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи |  |  |  |
| 1.5 | Микробиологический мониторинг |  |  |  |
| 1.6 | Использование антибиотиков в медицинской организации. Антибиотикопрофилактика и антибиотикотерапия |  |  |  |
| 1.7 | Дезинфекция и стерилизация |  |  |  |
| 1.8 | Гигиена рук |  |  |  |
| 1.9 | Профилактика инфицирования возбудителями гемоконтактных инфекций |  |  |  |
| 1.10 | Изоляция пациентов |  |  |  |
| 1.11 | Документы по обеспечению противоэпидемических мер при отдельных эпидемических ситуациях (возникновение случая кишечных инфекций, инфекций дыхательных путей, особо опасных инфекций, инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, др.) |  |  |  |
|  | Мероприятия по активному выявлению, учету и регистрации, анализу инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи среди пациентов и персонала | Наличие перечня стандартных определений случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи для целей эпидемиологического надзора | 2.1 | Проверить наличие утвержденного комиссией по эпидемиологической безопасности перечня стандартных определений случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, используемых в медицинской организации для целей эпидемиологического надзора |  |  |  |
| 2.2 | Оценить знания персонала, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений медицинской организации на предмет знания основных стандартных определений случаев |  |  |  |
| Наличие журналов регистрации случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи | 2.3 | Проверить наличие журналов регистрации инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, аккуратность заполнения |  |  |  |
| Проведение регулярных совещаний комиссии медицинской организации по вопросам выявления инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, разработка планов по устранению дефектов / ответственные/ сроки, информирование персонала | 2.4 | Проверить регулярность проведения совещаний комиссии по эпидемиологической безопасности по вопросам инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи  Оценить разрабатываемые планы по устранению дефектов с наличием ответственных и сроков исполнение |  |  |  |
| 2.5 | Опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений на предмет знаний основных показателей эпидемиологической безопасности в медицинской организации, включая частоту инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи |  |  |  |
| Сбор и анализ стратифицированных показателей заболеваемости инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи;  Порядок анализа заболеваемости инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи на основе анализа показателей | 2.6 | Оценить порядок анализа заболеваемости инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи, в медицинской организации, проверить регулярность сбора и анализа стратифицированных показателей заболеваемости инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи в медицинской организации |  |  |  |
| Полнота выявления случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи | 2.7 | Проверить не менее 20 историй болезни пациентов, находящихся на лечении в отделениях высокого риска возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (хирургические, анестезиологические и реанимационные отделения, палаты интенсивной терапии и т.д.), а также 10 историй болезни, пациентов, выписанных из медицинской организации за последний месяц (месяцы) |  |  |  |
| Порядок проведения эпидемиологического обследования очага инфекции | 2.8 | Проверить наличие карты эпидемиологического обследования очага инфекции в медицинской организации |  |  |  |
| 2.9 | Оценить знания персонала порядка проведения эпидемиологического обследования очага инфекции, опросить не менее 2 ответственных сотрудников на предмет знания порядка |  |  |  |
|  | Проведение микробиологических исследований (включая случаи подозрения на инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи ) | Наличие микробиологической лаборатории в медицинской организации | 3.1 | Проверить наличие микробиологической лаборатории в медицинской организации |  |  |  |
| Наличие договора со сторонней микробиологической лабораторией, при отсутствии собственной | 3.2 | При отсутствии собственной микробиологической лаборатории проверить наличие договора со сторонними организациями |  |  |  |
| Доступность микробиологических исследований 24/7/365 | Оценить доступность микробиологических исследований 24/7/365, включая: | |  |  |  |
| 3.3 | Проверить наличие исправного стационарного термостата |  |  |  |
| 3.4 | Проверить наличие исправных переносных термостатов |  |  |  |
| 3.5 | Проверить наличие расходных материалов для забора материала в расчетных количествах |  |  |  |
| Наличие алгоритмов медицинской организации, описывающих показания и процедуру забора материала для микробиологического исследования | 3.6 | Проверить наличие алгоритмов в подразделениях медицинской организации |  |  |  |
| 3.7 | Оценить знания алгоритмов персоналом, опросить не менее 5 сотрудников в различных подразделениях медицинской организации |  |  |  |
| Забор материала в соответствии с алгоритмами | 3.8 | Оценить выполнение алгоритма проведения микробиологического обследования, проверить не менее 10 историй болезни пациентов, которым было показано проведение микробиологического исследования в соответствии с алгоритмами медицинской организации |  |  |  |
| Своевременное получение результатов исследований | 3.9 | Оценить порядок получения результатов исследований, в том числе сроки (норматив – 72-96 часов, в зависимости от вида возбудителя и исследуемого материала), проверить не менее 10 историй болезни пациентов со сменой антибиотиков |  |  |  |
|  | Микробиологический мониторинг | Проведение микробиологического мониторинга, включая:   * Мониторинг устойчивости к антимикробным препаратам (антибиотикам, дезинфектантам, антисептикам и др.) * Мониторинг циркулирующих в медицинской организации штаммов микроорганизмов |  | Оценить мероприятия по микробиологическому мониторингу, включая: |  |  |  |
| 4.1 | Мониторинг устойчивости к антимикробным препаратам: проверить наличие возможности/ответственных/ /программы/результатов |  |  |  |
| 4.2 | Мониторинг циркулирующих в медицинской организации штаммов микроорганизмов: проверить наличие возможности/ответственных/результатов/плана действий |  |  |  |
| 4.3 | Наличие направленного мониторинга эпидемически значимых микроорганизмов (метициллинрезстентные Staphylococcus aureus (MRSA), полирезистентные P.aureginosa, мультирезистентные Acinetobacter baumanii (MRAB) Ванкомицин-резистентный Enterococcus (VRE) и др.) |  |  |  |
| Наличие программного обеспечения микробиологического мониторинга и ведение базы данных (результатов) | 4.4 | Проверить наличие программного обеспечения микробиологического мониторинга и ведение базы данных (результатов) |  |  |  |
| Наличие внутривидового типирования микроорганизмов | 4.5 | Проверить наличие проведения внутривидового типирования микроорганизмов по фило- и генотипическим характеристикам |  |  |  |
|  | Организация стерилизации МИ в МО | Наличие централизованного стерилизационного отделения, в соответствии с п. 10.20 СанПиН 2.1.3.2630-10 | 5.1 | Проверить наличие центрального стерилизационного отделения и соответствие СанПиН 2.1.3.2630-10 (включая наличие трех зон: грязной, чистой и стерильной) |  |  |  |
| Наличие паровых форвакуумных стерилизаторов | 5.2 | Проверить наличие паровых форвакуумных стерилизаторов |  |  |  |
| Наличие техники для стерилизации эндоскопического оборудования и ее организация в соответствии с СанПиНом П 3.1.3263-15 | 5.3 | Проверить наличие техники для стерилизации эндоскопического оборудования  Проверить организацию обработки эндоскопического оборудования в соответствии с СанПиНом П 3.1.3263-15 (если применимо) |  |  |  |
| Наличие порядка обеспечения организации стерильными материалами в случае отсутствия центрального стерилизационного отделения | 5.4 | Проверить порядок обеспечения организации стерильными материалами в случае отсутствия центрального стерилизационного отделения |  |  |  |
| Контроль качества стерилизации | 5.5 | Оценить наличие контроля качества стерилизации и его результаты в соответствии нормативными документами |  |  |  |
| Упаковка, хранение и использование стерильных материалов | 5.6 | Проверить соответствие упаковки, условий и сроков хранения, соблюдение асептики при работе со стерильными материалами, наличие индивидуальных стерильных укладок. |  |  |  |
| Регулярная оценка стерилизации медицинских изделий | 5.7 | Оценить порядок контроля стерилизации медицинских изделий:  Наличие отчетов о результатах оценки/регулярность  Наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки |  |  |  |
|  | Обеспечение эпидемиологической безопасности среды | Наличие и исправность специального оборудования, включая   * Моечно-дезинфекционные машины * Судно-моечные машины * Дезинфекционные камеры | 6.1 | Проверить наличие и соответствие расчетным потребностям моечно-дезинфекционных машин/исправность |  |  |  |
| 6.2 | Проверить наличие и соответствие расчетным потребностям судно-моечных машин/исправность |  |  |  |
| 6.3 | Проверить наличие и соответствие расчетным потребностям дезинфекционных камер/исправность |  |  |  |
| Проведение камерной дезинфекции постельных принадлежностей | 6.4 | Проверить журнал камерной дезинфекции постельных принадлежностей, сравнить количества выписанных пациентов и комплектов постельных принадлежностей, подвергнутых камерной дезинфекции за определенный срок (последнюю полную неделю) |  |  |  |
| Регулярный оценка дезинфекционных мероприятий | 6.5 | Оценить контроль дезинфекции  Наличие отчетов о результатах оценки/регулярность  Наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки |  |  |  |
| Наличие алгоритма выбора дезинфицирующих средств и тактики дезинфекции (или системы дезинфекции) | 6.6 | Проверить наличие алгоритма выбора, проверить обоснованность выбора дезинфицирующих средств и тактики дезинфекции |  |  |  |
| Расчет потребности медицинской организации в дезинфицирующих и антисептических средствах | 6.7 | Проверить расчет потребности медицинской организации в дезинфицирующих и антисептических средствах, опросить не менее 2 ответственных сотрудников |  |  |  |
| Наличие дезинфицирующих и антисептических средств в соответствии с расчетными показателями | 6.8 | Проверить наличие дезинфицирующих и антисептических средств в соответствии с расчетными показателями во всех подразделениях медицинской организации |  |  |  |
| Наличие оборудования для дезинфекции в соответствии с нормативными документами | 6.9 | Проверить наличие и соответствие количества оборудования для дезинфекции |  |  |  |
| Клининг | 6.10 | Оценить мероприятия по клинингу (работающих на принципах аут- и инсорсинга), включая наличие стандартных операционных процедур уборки помещений различных видов |  |  |  |
| 6.11 | Оценить качество уборки помещений методом наблюдения во всех подразделениях МО в соответствии со стандартными операционными процедурами |  |  |  |
| Оценка обращения с отходами в соответствии с нормативными документами | 6.12 | Оценить обращение с отходами и соответствие нормативным документам |  |  |  |
|  | Обеспечение эпидемиологической  безопасности медицинских технологий (при инвазивных вмешательствах) | Наличие и регулярное обновление стандартных операционных процедур (инвазивных процедур) | Проверить наличие стандартных операционных процедур: | |  |  |  |
| 7.1 | Катетеризация периферических сосудов |  |  |  |
| 7.2 | Катетеризация центральных сосудов |  |  |  |
| 7.3 | Катетеризация мочевого пузыря |  |  |  |
| 7.4 | Искусственная вентиляция легких |  |  |  |
| 7.5 | Бесконтактные перевязки |  |  |  |
| 7.6 | Внутримышечные и внутривенные инъекции |  |  |  |
| 7.7 | Инфузии и гемотрансфузии |  |  |  |
| 7.8 | Оценить соответствие стандартных операционных процедур федеральным клиническим рекомендациям/ протоколам/ стандартам, регулярность обновления |  |  |  |
| Наличие и исполнение алгоритма профилактики инфекции при катетеризации сосудов | 7.9 | Оценить знания (опросить не менее 10 ответственных сотрудников в разных подразделениях медицинской организации) алгоритма профилактики инфекции при катетеризации сосудов в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями, включая этапы:  • Постановка катетера  • Уход за катетером  • Уход за повязкой  • Смена и удаление катетера  • Антибиотикопрофилактика |  |  |  |
| 7.10 | Оценить навыки персонала методом наблюдения 5 (при возможности) случаев катетеризации сосудов в разных подразделениях |  |  |  |
| Наличие и исполнение алгоритма профилактики инфекции при катетеризации мочевого пузыря | 7.11 | Оценить знания (опросить не менее 10 ответственных сотрудников в разных подразделениях медицинской организации) алгоритма профилактики инфекции при катетеризации мочевого пузыря, включая этапы:   * Постановка катетера * Использование закрытой дренажной системы (или прерывистой катетеризации) * Уход за катетером * Смена и удаление |  |  |  |
| 7.12 | Оценить навыки персонала методом наблюдения 5 (при возможности) случаев катетеризации мочевого пузыря |  |  |  |
| Наличие и исполнение алгоритма профилактики инфекции при оперативных вмешательствах | 7.13 | Оценить знания (опросить не менее 10 ответственных сотрудников в разных подразделениях медицинской организации) алгоритма профилактики инфекции при оперативных вмешательствах, включая этапы:   * Подготовка операционного поля * Обработка операционного поля * Обработка рук персонала * Ограничение передвижений персонала в операционных * Снижение длительности операций |  |  |  |
| 7.14 | Оценить навыки персонала методом наблюдения 5 (при возможности) случаев оперативных вмешательств |  |  |  |
| Наличие и исполнение эпидемиологически безопасного алгоритма ухода за послеоперационной раной | 7.15 | Оценить знания (опросить не менее 5 ответственных сотрудников в разных подразделениях медицинской организации) алгоритмов ухода за послеоперационной раной, методики бесконтактных перевязок |  |  |  |
| 7.16 | Оценить навыки персонала методом наблюдения 5 (при возможности) перевязок |  |  |  |
| Наличие и исполнение эпидемиологически безопасного алгоритма профилактики инфекции при искусственной вентиляции легки | 7.17 | Оценить знания (опросить не менее 5 ответственных сотрудников в разных подразделениях медицинской организации) алгоритма профилактики инфекции при искусственной вентиляции легких, включая этапы:   * Показания к интубации/экстубации * Положение пациента * Аспирация содержимого ротоглотки/санация трахеобронхиального дерева * Уход за аппретурой/расходные материалы |  |  |  |
| 7.18 | Оценить навыки персонала методом наблюдения 5 (при возможности) случаев искусственной вентиляции легких |  |  |  |
|  | Сокращение длительности пребывания в стационаре | Амбулаторное обследование для плановой госпитализации в соответствии с клиническими рекомендациями | 8.1 | Проверить не менее 10 историй болезни пациентов, поступивших в плановом порядке на предмет отсутствия дополнительных (или дублирования) исследований при плановой госпитализации |  |  |  |
| Наличие гостиницы или пансионата для размещения пациентов, не требующих госпитализации | 8.2 | Проверить наличие гостиницы или пансионата |  |  |  |
| Госпитализация пациентов для проведения плановых операций/вмешательств за сутки или в день операции | 8.3 | Проверить не менее 10 историй болезни пациентов с плановыми оперативными вмешательствами  При наличии нескольких хирургических отделений - по 10 историй болезни в каждом |  |  |  |
| Осуществление ранней выписки/перевода на амбулаторное лечение (в соответствии с алгоритмами медицинской организации ) | 8.4 | Оценить сроки выписки из стационара, проверить не менее 10 историй болезни и их соответствие минимальной длительности пребывания в соответствии с алгоритмами медицинской организации/стандартами |  |  |  |
|  | Порядок оказания помощи пациентам, требующим изоляции (с инфекциями, передающимися воздушно-капельным путем, опасными инфекциями) | Наличие изоляторов (с отрицательным давлением внутри палаты), п. 3.12 СанПиН 2.1.3.2630-10) | 9.1 | Наличие изолятора/ов в соответствии с п. 3.12 СанПиН 2.1.3.2630-10, проверить исправность оборудования для поддержания отрицательного давления внутри палаты |  |  |  |
| Наличие боксов/боксированных палат | 9.2 | Наличие боксированных палат в соответствии с профилем отделения |  |  |  |
| Наличие алгоритма изоляции пациента при отсутствии изолятора | 9.3 | Наличие алгоритма изоляции пациентов в случае отсутствия или нехватки изоляторов, оценить знания алгоритма, опросить не менее 2 ответственных сотрудников |  |  |  |
| Наличие индивидуальных средств защиты в достаточном количестве | 9.4 | Проверить наличие индивидуальных средств защиты в достаточном (расчетном) количестве во всех подразделениях медицинской организации |  |  |  |
| Наличие алгоритмов и правильное использование персоналом индивидуальных средств защиты при уходе за пациентами, требующими изоляции | 9.5 | Проверить наличие алгоритмов использования индивидуальных средств защиты при уходе за пациентами, требующими изоляции  Опросить не менее 5 ответственных сотрудников по правилам использования средств индивидуальной защиты  Оценить исполнение алгоритмов методом прямого наблюдения (при возможности) |  |  |  |
| Регулярная оценка системы оказания помощи пациентам, требующим изоляции | 9.6 | Оценить оказание помощи пациентам, требующим изоляции:  Наличие отчетов о результатах Оценки/регулярность  Наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки |  |  |  |
|  | Наличие полностью оборудованных мест для мытья и обработки рук | Наличие полностью оборудованных мест для мытья рук:   * Отдельная раковина * Кран с локтевым смесителем * Горячая вода * Схема мытья рук * Жидкое мыло * Антисептик * Одноразовые полотенца * Ведро с крышкой с ножным механизмом открывания | Проверить наличие стандартно оборудованных мест для мытья рук во всех подразделениях медицинской организации, местах общего пользования и т.д.  Включая: | |  |  |  |
| 10.1 | В операционном блоке |  |  |  |
| 10.2 | В отделениях интенсивной терапии (анестезиологическом и реанимационном отделениях, отделении реанимации и интенсивной терапии, палате интенсивной терапии и т.д.) |  |  |  |
| 10.3 | Клинических отделениях/палатах для пациентов |  |  |  |
| 10.4 | Туалетах для персонала |  |  |  |
| 10.5 | Туалетах для пациентов |  |  |  |
| 10.6 | Лаборатории |  |  |  |
| Наличие дополнительных дозаторов с антисептиком: | Проверить наличие дополнительных дозаторов с антисептиком во всех подразделениях медицинской организации: | |  |  |  |
| 10.7 | В коридорах, в шлюзах |  |  |  |
| 10.8 | При входах в отделения, в лифты |  |  |  |
| 10.9 | При входах в палаты |  |  |  |
| 10.10 | У кроватей в реанимационных отделениях, палатах интенсивной терапии, послеоперационных палатах |  |  |  |
| Порядок контроля исправности оборудования для мытья рук, наличия расходных материалов и их соответствия расчетному количеству | 10.11 | Оценить порядок контроля исправности оборудования для мытья рук, наличия расходных материалов и их соответствия расчетному количеству, опросить ответственных во всех подразделениях |  |  |  |
|  | Соблюдение правил гигиены рук персоналом, пациентами и посетителями/ухаживающими. | Регулярный контроль качества гигиены рук (плановые и внеплановые проверки) | 11.1 | Проверить наличие журналов с результатами плановых и неплановых проверок, оценить регулярность, объем проводимых проверок |  |  |  |
| Соблюдение персоналом правил гигиены рук во всех случаях:  1. Перед контактом с пациентов  2. Перед процедурой  3. После процедуры  4. После контакта с пациентом  5. После контакта с предметами окружающей среды | 11.2 | Оценить методом наблюдения соблюдение персоналом правил гигиены рук (не менее 10 случаев в разных подразделениях медицинской организации) |  |  |  |
| Исполнение алгоритма мытья и обработки рук в соответствии со стандартами и федеральными клиническими рекомендациями | 11.3 | Оценить методом наблюдения соблюдение алгоритма обработки рук (не менее 10 случаев в разных подразделениях медицинской организации ), |  |  |  |
| Предметы украшений на руках у персонала (браслеты, кольца, перстни), накладные ногти, повреждения кожных покровов и т.д. | 11.4 | Проверить наличие у персонала украшений, накладных ногтей, повреждений кожных покровов и т.д. |  |  |  |
| Регулярное обучение персонала | 11.5 | Оценить обучение персонала, наличие плана, журнала с результатами тестирования, охват персонала (норматив 100%) |  |  |  |
| Информирование пациентов и посетителей о правилах гигиены рук | 11.6 | Оценить качество информирования пациентов и посетителей о правилах гигиены рук, опросить не менее 10 пациентов и посетителей, особенно в отделениях интенсивной терапии и хирургического профиля |  |  |  |
|  | Соблюдение персоналом алгоритма использования индивидуальных средств защиты | Наличие и исполнение персоналом алгоритмов использования индивидуальных средств защиты | 12.1 | Проверить наличие алгоритмов по использованию индивидуальных средств защиты, включая:   * Перчатки (стерильные и нестерильные) * Средства защиты лица и глаз * Маски * Респираторы * Халаты и фартуки * Униформа и обувь |  |  |  |
| 12.2 | Оценить методом наблюдения соблюдение алгоритмов по использованию средств индивидуальной защиты персоналом во всех подразделениях медицинской организации |  |  |  |
| Наличие средств индивидуальной защиты в отделениях в достаточном количестве | 12.3 | Оценить наличие средств индивидуальной защиты во всех подразделениях медицинской организации в количестве, в соответствии с расчетными потребностями |  |  |  |
| 12.4 | Оценить наличие средств индивидуальной защиты в расчетном количестве/ответственные |  |  |  |
|  | Система профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, у медицинского персонала | Наличие алгоритмов действий при аварийной ситуации (случаев контакта с биологическими жидкостями, при повреждении кожных покровов и слизистых оболочек и др.) | 13.1 | Проверить наличие алгоритмов действий при аварийных ситуациях |  |  |  |
| 13.2 | Оценить знания персонала алгоритмов действий при чрезвычайных ситуациях, включая порядок оповещения/регистрации, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений медицинской организации |  |  |  |
| Регистрация и учет аварийных ситуаций | 13.3 | Проверить наличие журналов регистрации аварийных ситуаций, аккуратность заполнения/ответственные |  |  |  |
| Оценка аварийных ситуаций | 13.4 | Проверить наличие отчетов о результатах оценки/регулярность, наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки |  |  |  |
| 13.5 | Оценить регулярность информирования персонала по результатам Оценки – опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений медицинской организации (не входящих в комиссию) на предмет знания результатов |  |  |  |
| Экспресс-тестирование пациентов на ВИЧ в соответствии с алгоритмами при наличии показаний | 13.6 | Проверить наличие экспресс-тестов на ВИЧ в расчетном количестве |  |  |  |
| 13.7 | Оценить доступность тестов 24/7/365 |  |  |  |
| 13.8 | Оценить навыки персонала проведения экспресс-тестирования на ВИЧ, опросить не менее 5 ответственных сотрудников |  |  |  |
| 13.9 | Проверить не менее 10 историй болезни на наличие полностью оформленного информированного согласия на проведение тестирование на ВИЧ-инфекцию |  |  |  |
| 13.10 | Оценить качество пред-тестового консультирования пациентов, опросить не менее 5 пациентов из разных подразделений медицинской организации |  |  |  |
| Наличие и исполнение алгоритмов профилактики ВИЧ | 13.11 | Проверить наличие антиретровирусных препаратов в расчетном количестве |  |  |  |
| Наличие и доступность антиретровирусных препаратов для профилактики | 13.12 | Оценить доступность антиретровирусных препаратов 24/7/365 |  |  |  |
| Программа вакцинации персонала против инфекций в соответствии с национальным календарем прививок | 13.13 | Проверить наличие журнала вакцинации персонала против гепатита В, соответствие числа вакцинированных сотрудников расчетным |  |  |  |
| Наличие и доступность вакцины против гепатита В и иммуноглобулина для проведения экстренной профилактики | 13.14 | Проверить наличие вакцины и иммуноглобулина против гепатита для проведения экстренной профилактики в расчетном количестве |  |  |  |
| 13.15 | Оценить доступность вакцины и иммуноглобулина 24/7/365 |  |  |  |
| Регулярное обучение персонала методам профилактики заражения инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи | 13.16 | Оценить мероприятия по регулярному обучению персонала, наличие плана обучения, журнала с результатами тестирования, охват персонала (100%) |  |  |  |
|  | Рациональное использование антибактериальных лекарственных средств для профилактики и лечения | Наличие алгоритмов антибиотикопрофилактики и терапии (в соответствии с профилем отделения) | 14.1 | Проверить наличие алгоритмов антибиотикопрофилактики и терапии в соответствии с профилем отделения, соответствие клиническим рекомендациям Минздрава России |  |  |  |
| Наличие и исполнение алгоритма периоперационной антибиотикопрофилактики и других алгоритмов применения антибиотиков | 14.2 | Проверить наличие антибиотиков в алгоритмах в соответствующих подразделениях медицинской организации, в расчетных количествах |  |  |  |
| 14.3 | Оценить исполнение алгоритма антибиотикопрофилактики методом наблюдения (в операционной) |  |  |  |
| 14.4 | Проверить не менее 10 историй болезни пациентов, которым в соответствии с алгоритмами должна была проведена антибиотикопрофилактика, оценить соответствие алгоритму профилактики |  |  |  |
| 14.5 | Оценить качество консультирования пациентов по вопросам проведения антибиотикопрофилактики, опросить не менее 10 пациентов, которым была проведена антибиотикопрофилактика |  |  |  |
| Назначение антибиотиков в терапевтических дозировках с лечебной целью обосновано в истории болезни и соответствует алгоритмам | 14.6 | Проверить не менее 10 историй болезни пациентов, которым были назначены антибиотики в терапевтических дозах на предмет соответствия алгоритмам лечения, включая:   * Первоначальное назначение эмпирической схемы в соответствии с алгоритмами, разработанными в МО * Показания к смене препаратов при неэффективности * Перевод на пероральные формы приема антибиотиков * Алгоритм отмены антибиотиков |  |  |  |
| Регулярная оценка использования антибиотиков в медицинской организации | 14.7 | Проверить наличие отчетов о результатах Оценки/регулярность, наличие планов по устранению недостатков /ответственные/сроки |  |  |  |
| 14.8 | Оценить регулярность информирования персонала по результатам Оценки – опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений медицинской организации на предмет подтверждения проведения информирования |  |  |  |
| Наличие алгоритмов профилактики и терапии другими антимикробными препаратами (антисептиками, бактериофагами и пр.) | Проверить наличие алгоритмов профилактики и терапии другими антимикробными препаратами (антисептиками, бактериофагами и пр.) | |  |  |  |
|  | Наличие информации по вопросам профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи | Наличие постеров, брошюр, памяток для пациентов и персонала | Проверить наличие информационных материалов во всех подразделениях медицинской организации (уточнить какие), включая темы: | |  |  |  |
| 15.1 | Гигиена рук |  |  |  |
| 15.2 | Профилактика гемоконтактных инфекций |  |  |  |
| 15.3 | Профилактика инфекций, передающихся воздушно-капельным путем |  |  |  |
| 15.4 | Профилактика особо опасных инфекций |  |  |  |
| 15.5 | Другие (указать какие) |  |  |  |
|  | Комплекс противоэпидемических мероприятий при возникновении случая инфекции в медицинской организации | Проведение комплекса противоэпидемических мероприятий при возникновении случая инфекции в соответствии с нормативными документами по данной инфекции, включая  Изоляцию  Диагностику и лечение инфекции у заболевшего пациента  Текущую и заключительную очаговую дезинфекцию  Клиническое наблюдение, диагностика и экстренная профилактика у контактных | 16.1 | Проверить полноту и своевременность проведения комплекса противоэпидемических мероприятий в очагах инфекций в соответствии с нормативными документами путем оценки карт эпидемиологического обследования очага инфекции в медицинской организации  Проверить не менее 5 историй болезни пациентов с выявленными инфекциями и контактных с ними пациентов |  |  |  |

Показатели мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности по направлению «Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи)»

|  |  |
| --- | --- |
| **Количественные показатели** | **Расчет показателя** |
| Частота вентилятор-ассоциированных пневмоний | 1/1000 пациенто/часов |
| Частота катетер-ассоциированных инфекций кровотока | 1/1000 пациенто/часов |
| Частота катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей | 1/1000 пациенто/часов |
| Частота инфекций послеоперационных ран | 1/1000 пациенто/часов |
| Частота ИСМП | 1/1000 госпитализаций |
| Частота случаев превышения определенных стандартами длительности пребывания в стационаре (скрытые ИСМП) | 1/100 госпитализаций |
| Количество инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, новорожденных, в том числе количество генерализованных форм (остеомелит, менингит, перитонит, сепсис) | 1/1000 родившихся живыми |
| Количество инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, новорожденных, в том числе количество генерализованных форм (остеомелит, менингит, перитонит, сепсис) | 1/1000 родившихся недоношенными |
| Доля детей, получавших антибактериальную терапию |  |
| Количество инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, родильниц, в том числе количество генерализованных форм (перитонит, сепсис) | 1/1000 родов |
| Количество инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, родильниц, в том числе количество генерализованных форм (перитонит, сепсис) | 1/1000 оперативных родов (операций кесарево сечение) |
|  | **Норматив** |
| Дезинфекция постельных принадлежностей | 100% |
| Обеспечение микробиологическим исследованием клинического материала от пациентов с инфекционными, в том числе гнойными заболеваниями | 100% |
| Охват персонала вакцинацией против гепатита В | 100% |
| Охват персонала вакцинацией против гриппа | 100% |
| Своевременность выписки новорожденных и родильниц | Не более 3-х суток после естественных родов, не более 6-и суток после оперативных родов |

Приложение 3

к Требованиям

к организации и проведению

внутреннего контроля

качества и безопасности

медицинской деятельности, утвержденному

Министерством здравоохранения

Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. №\_\_\_\_

Оценочный лист по направлению «Лекарственная безопасность»

| № | Группы показателей | Показатели | № | Порядок оценки показателей | Да | Нет | Примечания |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Обеспечение лекарственной безопасности в медицинской организации | Наличие приказов главного врача по вопросам обеспечения лекарственной безопасности | Проверить наличие приказов главного по вопросам лекарственной безопасности | |  |  |  |
| 1.1 | Организация работы по обеспечению лекарственной безопасности в медицинской организации: основные направления, ответственные за направления и по подразделениям. |  |  |  |
| 1.2 | Закупка лекарственных средств |  |  |  |
| 1.3 | Контроль качества лекарственных средств, производимых в медицинской организации (если применимо) |  |  |  |
| 1.4 | Информационная система наличия лекарственных препаратов в медицинской организации |  |  |  |
| 1.5 | Контроль утилизации лекарственных средств с истекшим сроком годности |  |  |  |
| 1.6 | Хранение лекарственных средств в аптеке медицинской организации/в подразделениях медицинской организации |  |  |  |
| 1.7 | Обеспечение лекарственными препаратами, в том числе в ночные часы и выходные и праздничные дни |  |  |  |
|  | Организация и контроль за безопасным и эффективным применением лекарственных препаратов |  |  |  |
| 1.8 | Регистрация и сбор информации о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях в медицинской организации и передачи сведений о них в Росздравнадзор/ответственные |  |  |  |
| Регулярная оценка лекарственной безопасности | 1.9 | Проверить наличие отчетов о результатах оценки/регулярность  Проверить наличие планов по устранению недостатков /ответственные/сроки |  |  |  |
| Обучение персонала по вопросам лекарственной безопасности | 1.10 | Оценить обучение персонала по вопросам лекарственной безопасности, проверить наличие планов обучения, журналов обучения (охват персонала 100%), регулярность проведения тренингов |  |  |  |
| Информирование персонала о новых лекарственными препаратами | 1.11 | Информирование персонала о новых лекарственных средствах, проверить наличие протоколов конференций, совещаний, ответственные, опросить не менее 2-х сотрудников на предмет подтверждения информирования (конференции, собрания и т.д.) |  |  |  |
| 2. | Регистрация и сбор информации о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях в медицинской организаций и передачи сведений о них в Росздравнадзор | Наличие в медицинской организаций утвержденного порядка (включая ответственных) сбора и направления в АИС Росздравнадзора и/или территориальные органы Росздравнадзора сведений о выявленных нежелательных реакциях | 2.1 | Проверить наличие порядка (включая ответственных: указать ФИО, должность) |  |  |  |
| Наличие алгоритма взаимодействия медицинской организации с территориальным органам Росздравнадзора, включая знание контактных данных ответственных специалистов по фармаконадзору | 2.2 | Проверить наличие алгоритма, включая контактные данные территориального органа Росздравнадзора |  |  |  |
| 2.3 | Оценить знания персонала, опросить ответственных сотрудников медицинской организаций |  |  |  |
| Наличие стандартных извещений о нежелательной реакции (в электронной форме или на бумажном носителе) | 2.4 | Проверить наличие стандартных извещений |  |  |  |
| Наличие навыков заполнения извещений | 2.5 | Оценить навыки персонала по заполнению извещений, попросить не менее 2-х сотрудников заполнить извещение |  |  |  |
| Использование алгоритмов Наранжо, Karch или ВОЗ при оценке причинно-следственной связи между применением лекарственного препарата и развитием нежелательной реакции | 2.6 | Оценить значения и навыки использования одного из алгоритмов, опросить не менее 2-х ответственных сотрудников |  |  |  |
| Порядок сбора информации/журнал/база данных | 2.7 | Оценить порядок сбора информации, включая наличие журнала, базы данных |  |  |  |
| Регулярное информирование персонала о результатах оценки, регулярное обсуждение вопросов фармаконадзора | 2.8 | Оценить информирование персонала, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений медицинской организации |  |  |  |
| 3 | Организация внутреннего производственного контроля (обеспечение качества лекарственных препаратов) | Определен и соблюдается порядок закупки лекарственных препаратов | Оценить мероприятия по закупкам лекарственных препаратов, включая: | |  |  |  |
| 3.1 | Определение надежных поставщиков, включая контроль достоверности данных поставщика (реестр лицензий), контроль лекарственных средств по показателям: «Описание», «Упаковка», «Маркировка» по нормативной документации производителей; скрининг лекарственных препаратов с использованием актуализированной базы данных о качестве лекарственных средств |  |  |  |
| 3.2 | Проверить отсутствие случаев дублирования лекарственных препаратов в аптеке и подразделениях медицинской организации |  |  |  |
| Осуществление регулярного контроля срока годности лекарственных препаратов | 3.3 | Оценить контроль срока годности лекарственных препаратов, включая, регулярность внутренних плановых проверок, проведение внеплановых проверок (количество, основания за полный последний год) |  |  |  |
| 3.4 | Проверить наличие отчетов по результатам проверок, журналов, оценить планы по устранению недостатков/ответственные/сроки |  |  |  |
| 3.5 | Оценить информирование, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений, на предмет знаний о контроля наличия лекарственных препаратов с истекшим сроком годности |  |  |  |
| 4 | Информационная система наличия лекарственных препаратов в медицинской организации (база данных) | Наличие перечня лекарственных препаратов (базы данных), имеющихся в медицинской организации | 4.1 | Проверить наличие перечня лекарственных препаратов (базы данных), имеющихся в медицинской организации, оценить регулярность обновления |  |  |  |
| 4.2. | Оценить доступность персонала к базе данных 24 часа, семь дней в неделю, 365 дней в году (далее- 24/7/365), попросить продемонстрировать не менее 2-х сотрудников из разных подразделений |  |  |  |
| 5 | Контроль условий хранения лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения | Наличие списка лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения (в соответствии с требованиями производителей лекарственных средств) | 5.1 | Проверить наличие списка лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения  Оценить знания персонала, опросить не менее 5-ти сотрудников из различных подразделений |  |  |  |
| Наличие исправного оборудования для хранения лекарственных препаратов во всех подразделениях медицинской организации: | Проверить наличие исправного оборудования и соблюдение правил расположения (например, измерительная часть прибора на расстоянии не менее 3 м от дверей, окон и отопительных приборов) во всех подразделениях медицинской организации: | |  |  |  |
| 5.2 | Холодильники с исправными термометрами или термодатчиками |  |  |  |
| 5.3 | Морозильники с исправными термодатчиками (если применимо) |  |  |  |
| 5.4 | Исправное оборудование для измерения показателей условий хранения в помещениях (термометры, психрометры, гигрометры и т.д.) |  |  |  |
| Регулярный контроль условий хранения | 5.5 | Оценить порядок контроля условий хранения, проверить наличие журналов (карт) для фиксации контрольных параметров, регулярность заполнения во всех подразделениях медицинской организации |  |  |  |
| Регулярная поверка оборудования с записью результатов в журналах | 5.6 | Оценить контроль технического состояния оборудования, проверить наличие договоров с компаниями, осуществляющими техническое обслуживание оборудования, журналов проведения поверок, регулярность |  |  |  |
| Соблюдение правил хранения лекарственных препаратов, требующих защиты от воздействия света | 5.7 | Проверить соблюдение правил хранения лекарственных препаратов, требующих защиты от воздействия света во всех подразделениях (если применимо) |  |  |  |
| 5.8 | Проверить методом случайной выборки соблюдение правил хранения по 5 лекарственным препаратам в каждом подразделении на соответствие условий хранения требованиям производителей |  |  |  |
| 6 | Определение мест хранения ЛС | Хранение лекарственных препаратов по группам (фармакологическим, способам применения) | 6.1 | Проверить исполнение порядка хранения лекарственных препаратов по группам во всех подразделениях медицинской организации |  |  |  |
| Доступность лекарственных препаратов (в соответствии с профилем отделения) 7/24/365 | 6.2 | Оценить доступность лекарственных препаратов 7/24/365, опросить не менее 5-ти сотрудников в разных подразделениях о порядке получения ЛП в выходные, праздничные дни и в ночные часы |  |  |  |
| Хранение лекарственных препаратов в недоступных для пациентов и посетителей местах | 6.3 | Оценить безопасность хранения лекарственных препаратов для пациентов и посетителей во всех подразделениях медицинской организации |  |  |  |
| 7 | Соблюдение требований к упаковке и маркировке лекарственных препаратов | Хранение лекарственных препаратов в первичной упаковке | 7.1 | Проверить исполнение правила хранения лекарственных препаратов в первичной упаковке во всех подразделениях медицинской организации |  |  |  |
| Соблюдение условий хранения лекарственных препаратов после вскрытия упаковки | 7.2 | Проверить наличие условий хранения после вскрытия упаковки лекарственных препаратов (на упаковке/этикетке указаны условия хранения лекарственных средств после первого вскрытия первичной упаковке и, после приготовления или разбавления раствора (суспензии) |  |  |  |
| Правильная маркировка лекарственных препаратов, включая емкости с жидкими формами | 7.3 | Проверить наличие маркировки с растворами: маркировка нанесена печатными буквами с указанием дозировок, идентификаторов пациента, которым лекарственных препаратов предназначено |  |  |  |
| Отсутствие перефасованных лекарственных препаратов | 7.4 | Проверить наличие перефасованных лекарственных препаратов во всех подразделениях медицинской организации |  |  |  |
| Отсутствие не маркированных лекарственных препаратов | 7.5 | Проверить наличие немаркированных лекарственных препаратов во всех подразделениях |  |  |  |
| Отсутствие вскрытых флаконов и ампул с лекарственными препаратами | 7.6. | Проверить отсутствие вскрытых флаконов и ампул с лекарственными препаратами во всех подразделениях медицинской организации |  |  |  |
| 8 | Прогнозирование риска при использовании лекарственных препаратов: побочные реакции, токсическое действие лекарственных препаратов, взаимодействие лекарственных препаратов, учет обстоятельств, сопутствующих заболеваний | При назначении лекарственных препаратов учитываются (с фиксацией в истории болезни) факторы риска | Проверить не менее 10 историй болезни в разных подразделениях медицинской организации на предмет наличия данных о факторах риска и их учета при назначении препаратов, включая | |  |  |  |
| 8.1 | Аллергия |  |  |  |
| 8.2 | Возраст |  |  |  |
| 8.3 | Сопутствующие заболевания/ лекарственными препаратами, принимаемые в момент поступления |  |  |  |
| 8.4 | Масса тела пациента |  |  |  |
| 8.5 | Беременность (если применимо) |  |  |  |
| 8.6 | Заболевания печени |  |  |  |
| 8.7 | Заболевания почек |  |  |  |
| 8.8 | Психические заболевания |  |  |  |
| 8.9 | Курение, алкоголь, прием наркотических и других психотропных веществ |  |  |  |
| 9 | Процесс назначения и использования лекарственных препаратов | Соблюдение алгоритма при назначении и использовании лекарственных препаратов: | Проверить не менее 10 историй болезни на предмет соответствия назначений клиническим рекомендациям/стандартам | |  |  |  |
| Правильное лекарство | 9.1 | Оценить соответствие выбора лекарственных препаратов клиническим рекомендациям/алгоритмам |  |  |  |
| Правильная доза | 9.2 | Оценить соответствие дозировок лекарственных препаратов клиническим рекомендациям, коррекция дозы с учетом индивидуальных особенностей пациента, наличие калькуляторов расчета |  |  |  |
| Правильный путь введения | 9.3 | Оценить соответствие пути введения лекарственных препаратов |  |  |  |
| В правильное время | 9.4 | Оценить соответствие кратности назначения лекарственных препаратов соблюдение сроков дачи, введения лекарственных препаратов в соответствии с назначением с фиксацией времени введения/дачи лекарственных препаратов в листах назначений |  |  |  |
| 9.5 | Проверить качество заполнения медицинской документации на предмет фиксации времени введения лекарственных препаратов |  |  |  |
| Правильному пациенту | 9.6 | Оценить методом наблюдения исполнение персоналом алгоритма идентификации пациента |  |  |  |
| Наличие таблиц высших разовых и суточных доз лекарственных препаратов, в том числе ядовитых, наркотических и сильнодействующих лекарственных средств | 9.7 | Проверить наличие таблиц |  |  |  |
| Наличие алгоритмов действий при передозировке или отравлении лекарственных препаратов, включая таблицы противоядий | 9.8 | Проверить наличие алгоритмов действий персонала при передозировке или отравлении лекарственных препаратов, включая таблицы противоядий во всех подразделениях медицинской организации |  |  |  |
| 9.9 | Оценить знания персонала алгоритмов действий, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений медицинской организации |  |  |  |
| 10 | Контроль качества письменных назначений лекарственных препаратов | Использование стандартных листов назначения | 10.1 | Проверить наличие стандартных листов назначений, проверить не менее 10 историй болезни в разных подразделениях медицинской организации |  |  |  |
| Аккуратное и полное заполнение листов назначений | 10.2 | Оценить качество заполнения листов назначений, включая аккуратность заполнения (назначения написаны разборчиво/печатными буквами), использование стандартизированных сокращений, включая наличие наименования ЛС, доза, кратность, путь введения, время |  |  |  |
| 11 | Контроль качества вербальных назначений лекарственных средств | При вербальном назначении использование алгоритма:   1. повтор наименования лекарственных препаратов 2. повтор дозы 3. повтор пути введения 4. сообщение об окончании введения и т.д. | 11.1 | Оценить методом наблюдения (при наличии возможности) или опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений медицинской организации на предмет знания алгоритма вербальных назначений лекарственных препаратов |  |  |  |
| 12 | Контроль эффективности назначения лекарственных препаратов | Проводится оценка эффективности лечения с фиксацией в медицинской документации по алгоритму | 12.1 | Проверить не менее 10 историй болезни в разных подразделениях медицинской организации на предмет наличия данных с оценкой эффективности лечения, включая:   * Жалобы * Клиника * Лабораторно-диагностические показатели * Приверженность/активный контроль назначений |  |  |  |
| 13 | Информирование персонала о лекарственных препаратах | Наличие справочников лекарственных препаратов, в том числе электронных  Наличие доступа в интернет в медицинской организации | 13.1 | Проверить наличие справочников (Государственный реестр лекарственных средств и др.) во всех подразделениях медицинской организации |  |  |  |
| 13.2 | Проверить наличие доступа в интернет в медицинской организации 24/7/365 |  |  |  |
| Регулярное информирование персонала о новых лекарственных препаратах и методах лечения, клинических руководствах (протоколах лечения) | 13.3 | Оценить информирование персонала о новых лекарственных средствах и методах лечения, проверить наличие плана с темами конференций в медицинской организации за последний год |  |  |  |
| 13.4 | Опросить не менее 5 сотрудников об их участии в конференциях |  |  |  |
| 14 | Обучение и информирование пациентов, сопровождающих, ухаживающих | Информирование пациентов о назначенном лечении, лекарственных препаратах, возможных альтернативах, побочных эффектах | 14.1 | Оценить качество информирования пациентов, опросить не менее 10 пациентов в различных подразделениях на предмет информирования их персоналом о назначенном лечении |  |  |  |
| Знание и использование методик по формированию приверженности пациентов к лечению | 14.2 | Оценить знания персоналом методик по формированию приверженности пациентов к лечению, опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений |  |  |  |
| Наличие брошюр, памяток, постеров по вопросам лекарственной безопасности | 14.3 | Проверить наличие информационных материалов для пациентов по вопросам лекарственной безопасности во всех подразделениях медицинской организации, оценить их качество, в том числе соответствие клиническим рекомендациям, стандартам |  |  |  |
| Обучение пациентов и ухаживающих методах ухода, лечения и т.д. | 14.4 | Оценить качество обучения пациентов и ухаживающих методам ухода, лечения и т.д., опросить не менее 10 пациентов в различных подразделениях медицинской организации |  |  |  |
| 15 | Внедрение технологий, снижающих риски при использовании лекарственных препаратов | Внедрение технологий, снижающих риски при использовании лекарственных препаратов | 15.1 | Оценить внедрение в медицинской организации новых технологий, включая: |  |  |  |
| Автоматизированную систему раздачи лекарственных препаратов |  |  |  |
| Персонифицированную упаковку |  |  |  |
| Электронную подпись врача |  |  |  |
| Программируемые средства доставки лекарственных препаратов |  |  |  |
| Другие |  |  |  |

Приложение 4

к Требованиям

к организации и проведению

внутреннего контроля

качества и безопасности

медицинской деятельности, утвержденному

Министерством здравоохранения

Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. №\_\_\_\_

Оценочный лист по направлению «Безопасность обращения медицинских изделий»

| № | Группы показателей | Показатели | № | Порядок оценки показателей | Да | Нет | Примечания |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Организация контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий в медицинской организации | Наличие приказов главного врача по вопросам контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий | Проверить наличие приказов медицинской организации по темам: | |  |  |  |
| 1.1 | Организация работы в сфере контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий: направления деятельности, ответственные лица |  |  |  |
| 1.2 | Закупка медицинских изделий |  |  |  |
| 1.3 | Хранение медицинских изделий |  |  |  |
| 1.4 | Учет медицинских изделий |  |  |  |
| 1.5 | Эксплуатация медицинских изделий |  |  |  |
| 1.6 | Соблюдение метрологических требований, норм и правил для медицинских изделий, требующих периодических поверок |  |  |  |
| 1.7 | Техническое обслуживание медицинской техники |  |  |  |
| 1.8 | Приемка медицинских изделий |  |  |  |
| 1.9 | Упаковка и маркировка медицинских изделий |  |  |  |
| 1.10 | Сбор информации и регистрация побочных действий, нежелательных реакций при применении медицинских изделий |  |  |  |
| Регулярная оценка контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий, включая оценку нежелательных реакций/ошибок | 1.11 | Проверить наличие отчетов о результатах Оценки/регулярность проведения  Проверить наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки |  |  |  |
| 1.12 | Оценить регулярность информирования персонала по результатам оценки, опросить не менее 2 сотрудников |  |  |  |
| Наличие программы обучения персонала по вопросам контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий | 1.13 | Оценить обучение персонала по вопросам безопасности обращения медицинских изделий, проверить наличие планов обучения, журналов обучения (охват персонала 100% с учетом профиля), регулярность проведения тренингов |  |  |  |
| 2 | Обеспечение контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий в медицинской организации | Процесс закупки/поставки/наладки медицинских изделий, включая расходные материалы (регулярный контроль качества поступающих медицинских изделий) | 2.1 | Оценить мероприятия по закупке/поставке/наладке медицинских изделий, включая расходные материалы, проверить наличие регистрационных удостоверений, информации о медицинских изделиях на русском языке, включая эксплуатационную документацию |  |  |  |
| Проверка качества и безопасности медицинских изделий | 2.2 | Оценить мероприятия по проверке качества и безопасности медицинских изделий, опросить ответственных сотрудников, попросить продемонстрировать порядок проверки регистрационного удостоверения на сайте Росздравнадзора, работу с государственными реестрами медицинских изделий |  |  |  |
| Контроль медицинских изделий с истекшим сроком годности, выявление причин, принятие решений по устранению дефектов | 2.3 | Оценить контроль наличия медицинских изделий с истекшим сроком годности (эксплуатации), опросить ответственных сотрудников о порядке контроля, выявленных причинах и принятых мерах |  |  |  |
| Контроль исправности медицинских изделий, включая ежедневные проверки работоспособности оборудования для оказания экстренной помощи (например, дефибрилляторы, аппараты искусственной вентиляции легких и т.д.) | 2.4 | Проверить наличие ответственного/ответственных (указать ФИО, должности) |  |  |  |
| 2.5 | Опросить ответственных сотрудников о порядке проверок, проверить наличие списков оборудования для ежедневного тестирования, наличие журнала, аккуратность заполнения |  |  |  |
| 2.6 | Оценить методом наблюдения исправность оборудования в различных подразделениях, включая оборудование для оказания экстренной помощи |  |  |  |
| 3 | Соблюдение правил эксплуатации медицинских изделий | Обучение персонала при поступлении нового оборудования | 3.1 | Проверить наличие допусков, оценить качество обучения, опросить не менее 5 сотрудников в различных подразделениях на предмет знаний инструкций по эксплуатации оборудования, поступившего в течение последнего года |  |  |  |
|  |  | Наличие инструкций по эксплуатации медицинского оборудования в подразделениях (в местах использования) | 3.2 | Проверить наличие инструкций в различных подразделениях медицинских изделий (для имеющегося в подразделении оборудования), попросить продемонстрировать персонал навыки работы с медицинскими изделиями |  |  |  |
| 4 | Регистрация и учет побочных действий, нежелательных реакций при применении медицинских изделий, особенностей взаимодействия медицинских изделий между собой, фактов и обстоятельств, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении медицинских изделий;  Организация взаимодействия между подразделениями медицинской организации по вопросам обеспечения безопасного оборота МИ | Наличие в медицинской организации ответственных за сбор и направление извещений в АИС Росздравнадзора и/или территориальные органы Росздравнадзора извещений о выявленных нежелательных реакциях | 4.1 | Проверить наличие ответственных: указать ФИО, должность |  |  |  |
| Наличие алгоритма взаимодействия медицинской организации с территориальными органами Росздравнадзора  Наличие стандартных извещений (в электронной форме или на бумажном носителе) | 4.2 | Проверить наличие алгоритма, включая контактные данные территориального органа Росздравнадзора, проверить наличие стандартных извещений (форм) |  |  |  |
| 4.3 | Оценить знания персонала алгоритма, опросить не менее 2-х сотрудников медицинской организации |  |  |  |
| Наличие навыков заполнения извещений | 4.4 | Оценить навыки персонала по заполнению извещений, попросить не менее 2-х сотрудников заполнить извещение |  |  |  |
| Порядок сбора информации (наличие журнала, электронной базы данных) | 4.5 | Оценить порядок сбора информации, включая наличие журнала, базы данных, проверить аккуратность и полноту заполнения,  Оценить порядок взаимодействия подразделений МО |  |  |  |
| 5 | Соблюдение требований к упаковке и маркировке МИ | Отсутствие немаркированных МИ в МО | 5.1 | Проверить наличие маркировки на не менее 5-ти МИ, отобранных методом случайной выборки в каждом подразделении МО |  |  |  |
| Наличие информации по безопасному применению МИ на самом изделии и (или) на каждой его упаковке, или на групповой упаковке | 5.2 | Проверить наличие информации по безопасному применению МИ: на самом МИ, и/или на каждой упаковке, или на групповой упаковке (допускается использование листа-вкладыша) выборочно в каждом подразделении |  |  |  |
| 6 | Контроль условий хранения МИ в соответствии с рекомендуемыми производителем | Наличие исправного специального оборудования для хранения | 6.1 | Проверить наличие исправного оборудования для хранения МИ во всех подразделениях МО (например, холодильники, кондиционеры) |  |  |  |
| Наличие исправных приборов фиксации показателей условий хранения  Регулярный контроль условий хранения МИ с записью показателей в журнале | 6.2 | Проверить наличие исправных приборов фиксации показателей условий хранения во всех подразделениях МО (термометры, психрометры, гигрометры и т.д.) |  |  |  |
| 6.3 | Оценить порядок контроля условий хранения МИ в соответствии с рекомендациями производителя, проверить наличие журналов для фиксации контрольных параметров, регулярность заполнения во всех подразделениях МО |  |  |  |
| 7 | Техническое обслуживание МИ | Периодическое профилактическое техническое обслуживание МИ | 7.1 | Проверить наличие плана-графика обслуживания медицинского оборудования/актов выполненных работ  Проверить наличие журнала технического обслуживания, оценить соответствие сроков рекомендуемым |  |  |  |
| Регулярная поверка средств измерения | 7.2 | Проверить наличие плана-графика метрологического обслуживания  Проверить наличие журнала поверок, оценить соответствие сроков рекомендуемым |  |  |  |
| 8 | Информирование и обучение пациентов/сопровождающих правилам безопасности при эксплуатации МИ. Соблюдение прав пациента при применении/назначении медицинских изделий | Информирование пациентов: наличие буклетов, памяток, постеров | 8.1 | Проверить наличие информационных материалов для пациентов по вопросам безопасного использования МИ |  |  |  |
| Обучение пациентов и сопровождающих правилам безопасности при пользовании МИ | 8.2 | Оценить качество обучения пациентов и сопровождающих правилам безопасности при использовании МИ, опросить не менее 5-ти пациентов на предмет знаний основных правил безопасности при пользовании МИ |  |  |  |

Приложение 5

к Требованиям

к организации и проведению

внутреннего контроля

качества и безопасности

медицинской деятельности, утвержденному

Министерством здравоохранения

Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. №\_\_\_\_

Оценочный лист по направлению «Безопасность при организации экстренной и неотложной помощи»

| № | Группы показателей | Показатели | № | Порядок оценки показателей | Да | Нет | Примечания |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Организация работы приемного отделения, системы оказания экстренной помощи в МО | Наличие приказов главного врача по организации работы приемного отделения и оказания экстренной помощи в МО  Наличие ответственных и комиссии по организации работы приемного отделения и оказания экстренной помощи в МО  Наличие рабочей группы по разработке и регулярному обновлению алгоритмов МО по нозологиям, организации работы приемного отделения, экстренной помощи | Проверить наличие приказов главного врача/темы | |  |  |  |
| 1.1 | Организация работы приемного отделения, включая положение об ответственных и комиссии |  |  |  |
| 1.2 | Организация оказания экстренной помощи в МО, включая положение об ответственных и комиссии |  |  |  |
| 1.3 | Организация работы вспомогательных служб (лаборатория, диагностическое отделение) |  |  |  |
| 1.4 | Порядок госпитализации, включая показания/условия/состояние пациента в отделения МО, в том числе в и из АРО, ОРИТ, ПИТ |  |  |  |
| 1.5 | Порядок отказа в госпитализации |  |  |  |
| 1.6 | Порядок перевода в другие МО |  |  |  |
| 1.7 | Порядок сортировки пациентов |  |  |  |
| 1.8 | Положение о рабочей группе/группах, порядок разработки и обновления алгоритмов МО по нозологиям, организации работы приемного отделения, экстренной помощи |  |  |  |
| Проведение регулярной оценки оказания экстренный помощи | 1.9 | Проверить наличие отчетов о результатах оценки/регулярность проведения |  |  |  |
| 1.10 | Проверить наличие планов по устранению недостатков/ответственные/сроки |  |  |  |
| 2 | Наличие алгоритмов оказания экстренной помощи (для МО) | Наличие алгоритмов МО оказания экстренной помощи в подразделениях |  | Проверить наличие алгоритмов МО во всех подразделениях МО по следующим нозологиям |  |  |  |
| 2.1 | СЛР |  |  |  |
| 2.2 | Анафилактический шок |  |  |  |
| 2.3 | Первичная помощь при шоке |  |  |  |
| 2.4 | Оценить знания персонала алгоритмов, опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений |  |  |  |
| 2.5 | Оценить знания и навыки персонала оказания экстренной помощи методом наблюдения (при возможности), проведя практическое занятие с решением клинических задач |  |  |  |
| 2.6 | Оценить организацию работы по разработке и регулярному обновлению алгоритмов МО, проверить состав групп (мультидициплинарность), наличие протоколов совещаний |  |  |  |
| 3 | Порядок сортировки пациентов при поступлении/обращении в зависимости от тяжести состояния и экстренности необходимых вмешательств | Наличие и исполнение алгоритма сортировки пациентов при поступлении/обращении в МО  Информирование пациентов о причинах задержки оказания помощи (например, осмотра врача) | 3.1 | Проверить наличие алгоритма сортировки пациентов |  |  |  |
| 3.2 | Оценить знания персонала алгоритма, опросить не менее 5 сотрудников приемного отделения/отделений на предмет знания основных положений алгоритма |  |  |  |
| 3.3 | Оценить исполнение алгоритма методом наблюдения не менее 5 случаев поступления в стационар экстренных пациентов |  |  |  |
| 3.4 | Оценить качество информирования пациентов и их сопровождающих о причинах задержки оказания помощи, опросить не менее 5 пациентов, находящихся в приемном отделении в ожидании помощи на предмет понимания ими причин задержки |  |  |  |
| 4 | Своевременность оказания помощи при поступлении/обращении пациента в стационар | Наличие и соблюдение временных нормативов при поступлении в стационар (этапов госпитализации), в соответствии с алгоритмами МО | 4.1 | Проверить наличие утвержденных нормативов этапов госпитализации |  |  |  |
| 4.2 | Проверить соблюдение временных нормативов, проверить не менее 20 ИБ пациентов, поступивших экстренно |  |  |  |
| 4.3 | До первичного осмотра медсестры |  |  |  |
| 4.4 | До первичного осмотра врача |  |  |  |
| 4.5 | До постановки диагноза |  |  |  |
| 4.6 | До перевода в отделение/ операционную/ АРО/ ОРИТ/ ПИТ отказа в госпитализации и направления на амбулаторное лечение |  |  |  |
| 4.7 | Для различных видов диагностических исследований |  |  |  |
| 4.8 | В соответствии с клиническими рекомендациями по оказанию помощи при некоторых состояниях (например, ОНМК, ОКС и т.д.) |  |  |  |
| Проведение регулярной оценки работы приемного отделения | 4.9 | Проверить регулярность оценки работы приемного отделения, включая порядок сбора и анализа информации о своевременности оказания помощи в приемном отделении |  |  |  |
| 4.10 | Проверить наличие планов по устранению недостатков/ответственные/сроки |  |  |  |
| 5 | Экстренное оповещение/сбор персонала | Наличие действующей системы экстренного оповещения/сбора персонала  Наличие алгоритмов оповещения руководителей/сотрудников, не находящихся на дежурстве. Регулярный контроль состояния оповещения | 5.1 | Проверить наличие действующей системы экстренного оповещения/сбора дежурного персонала, проверить исправность |  |  |  |
| 5.2 | Проверить наличие алгоритмов оповещения руководителей/сотрудников, не находящихся на дежурстве, внешних экспертов в подразделениях МО |  |  |  |
| 5.3 | Оценить знания алгоритмов, опросить не менее 2 сотрудников на предмет знания алгоритма |  |  |  |
| 5.4 | Оценить порядок проверок системы экстренного оповещения, проверить наличие журнала с результатами проверок |  |  |  |
| 6 | Вызов персонала для пациентов | Наличие действующей системы вызова персонала («тревожная» кнопка) во всех помещениях МО, включая места общего пользования  Регулярный контроль состояния системы вызова персонала | 6.1 | Проверить наличие системы вызова персонала во всех палатах, туалетах, душевых, местах общего пользования, проверить исправность |  |  |  |
| 6.2 | Оценить порядок проверок системы экстренного оповещения, проверить наличие журнала с результатами проверок. |  |  |  |
| 7 | Готовность МО к оказанию помощи в условиях чрезвычайных ситуаций | Наличие региональных порядков маршрутизации потоков пациентов в условиях чрезвычайных ситуаций, при крупных техногенных катастрофах, природных бедствиях и т.д. | 7.1 | Проверить наличие региональных порядков маршрутизации потоков пациентов в условиях чрезвычайных ситуаций в МО |  |  |  |
| 7.2 | Оценить знания порядков персоналом, опросить не менее 2 сотрудников |  |  |  |
| Наличие алгоритмов действий в МО в условиях чрезвычайных ситуаций | 7.3 | Проверить наличие алгоритмов действий в МО в условиях чрезвычайных ситуаций |  |  |  |
| 7.4 | Оценить знания алгоритмов персоналом, опросить не менее 5 сотрудников в различных подразделениях МО |  |  |  |
| Регулярная оценка готовности МО к действиям в условиях чрезвычайных ситуаций | 7.5 | Оценить регулярность оценки готовности МО к действиям в условиях чрезвычайных ситуаций, проверить наличие отчетов о проведении оценки, регулярность, анализ результатов, принятых решений, сроков и ответственных по исправлению недостатков |  |  |  |
| 8 | Наличие оборудования и наборов для оказания экстренной помощи | Наличие МИ и ЛС в соответствии с Порядками оказания помощи в соответствии с профилем МО, включая наборы экстренной помощи во всех подразделениях | Проверить наличие МИ (включая оборудование) и ЛП в соответствии с алгоритмами МО во всех подразделениях: | |  |  |  |
| 8.1 | Дефибрилляторы, проверить исправность, попросив медицинских работников подготовить к работе |  |  |  |
| 8.2 | Наборы экстренной помощи во всех подразделениях (например, для первичной помощи при шоке, анафилактическом шоке и т.д.) |  |  |  |
| Контроль наличия/работоспособности оборудования, наборов для оказания экстренной помощи | 8.3 | Оценить контроль наличия/исправности оборудования и наборов, проверить наличие ответственных, регулярность проверок, наличие журнала |  |  |  |
| 9 | Доступность вспомогательных служб (лаборатория, инструментальная диагностика) 24/7/365 | Доступность лабораторных и инструментальных исследований (объем в соответствии с локальными алгоритмами) 24/7/365 | 9.1 | Оценить доступность лабораторных и инструментальных исследований в объеме, соответствующем местными алгоритмам 24/7/365 |  |  |  |
| Соблюдение нормативов до получения результатов тестов | 9.2 | Оценить своевременность проведения диагностических тестов, проверить наличие временных нормативов для тестов, проверить не менее 10 ИБ на предмет соблюдения нормативов |  |  |  |
| 10 | Готовность персонала к оказанию экстренной помощи. Обучение персонала | Контроль навыков персонала по оказанию экстренной помощи | 10.1 | Оценить обучение персонала навыкам оказания экстренной помощи, проверить регулярность проведения тренингов, наличие плана на год, программ тренингов, журналов (100% охват) |  |  |  |
| 10.2 | Проверить результаты тестирования (по журналам) по тренингам: СЛР и первичная помощь при шоке (другим темам - перечислить) |  |  |  |
| 10.3 | Оценить навыки персонала по оказанию экстренной помощи методом наблюдения, проведя тренинг с решением клинических задач с привлечением не менее 2-х команд из разных подразделений МО |  |  |  |
| 11 | Информирование пациентов, обратная связь с пациентами | Информирование пациентов и их родственников о состоянии, диагнозе, методах диагностики, терапии, реабилитации | 11.1 | Оценить качество информирования пациентов и их родственников о состоянии, диагнозе, методах диагностики, лечения, опросить не менее 5-ти пациентов и родственников из разных подразделений |  |  |  |
| Наличие обратной связи с пациентами | Оценить качество обратной связи, в том числе: | |  |  |  |
| 11.2 | Проверить наличие возможности у пациентов оценить качество медицинской помощи в МО, проверить наличие журналов, боксов для обращений и предложений |  |  |  |
| 11.3 | Проверить наличие анкет для пациентов во всех подразделениях МО, регулярность проведения анкетирования, оценить качество анкет |  |  |  |
| 11.4 | Провести блиц-анкетирование не менее 5 пациентов в каждом подразделении, используя анкеты МО |  |  |  |
| 11.5 | Проверить наличие отчетов по результатам анкетирования, порядок информирования персонала о результатах анкетирования |  |  |  |
| 12 | Соблюдение принципов конфиденциальности при приеме пациентов и оказании помощи | Соблюдение принципов конфиденциальности, прав пациентов и др.  Размещение пациентов с учетом приватности, соблюдение конфиденциальности при приеме, осмотре, консультировании родственников/законных представителей и т.д. | Проверить соблюдение принципов конфиденциальности, прав пациентов на всех этапах оказания помощи при приеме и во время нахождения в МО, включая: | |  |  |  |
| 12.1 | Проверить соблюдение конфиденциальности при приеме, осмотре и т.д., размещение пациентов с учетом приватности (например, разделение многоместных палат ширмами) |  |  |  |
| 12.2 | Проверить наличие мест, организованных с соблюдение принципа конфиденциальности, для консультаций родственников/законных представителей о состоянии здоровья пациентов, |  |  |  |
| Организация мест ожидания для родственников пациентов Обеспечение максимально возможного комфорта родственников/сопровождающих пациентов | 12.3 | Оценить организацию мест ожидания для родственников/сопровождающих пациентов |  |  |  |

Показатели мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности по направлению «Безопасность при организации экстренной и неотложной помощи»

|  |  |
| --- | --- |
| **Количественные показатели** | **Норматив** |
| Доля пациентов с периодом ожидания первого клинического осмотра (врач) более 15 мин | 0% |
| Доля пациентов с периодом ожидания начала лечения более 60 мин | 0% |
| Доля госпитализированных пациентов с периодом пребывания в приемном отделении более 4 часов | 5% |
| Доля пациентов, повторно обратившихся в стационар с теми же симптомами в течение 72 часов после отказа в госпитализации (кроме акушерских стационаров) | 5% |
| Доля случаев оказания экстренной помощи в полном соответствии с алгоритмами (нормативами) по нозологиям | 100% |
|  | **Расчет** |
| Частота осложнений любых процедур в период нахождения в приемном отделении | /1000 обратившихся |
| Частота расхождения предварительного и заключительного диагнозов | /100 госпитализаций |
| Досуточная летальность (Доля умерших в первые 24 часа пребывания в стационаре) | /100 госпитализированных |
| Досуточная летальность с ОКС (если применимо) | /100 госпитализированных с ОКС |
| Досуточная летальность с ОНМК (если применимо) | /100 госпитализированных с ОНМК |
| Больничная летальность | Число умерших/число выбывших (умерших и выписанных) |
| Средняя длительность лечения больного в стационаре | число койко-дней, проведенных выписанными больными с определенным диагнозом / число выписанных больных с данным диагнозом |
| Средняя длительность лечения больного в стационаре с диагнозом… | число койко-дней, проведенных выписанными больными с определенным диагнозом / число выписанных больных с данным диагнозом |
| Доля пациентов с осложнениями при проведении СЛР | /100 случаев проведения СЛР |

Приложение 6

к Требованиям

к организации и проведению

внутреннего контроля

качества и безопасности

медицинской деятельности, утвержденному

Министерством здравоохранения

Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. №\_\_\_\_

Оценочный лист по направлению «Преемственность оказания медицинской помощи, безопасность при организации перевода пациентов в рамках одной медицинской организации и/или трансфера в другие медицинские организации»

| № | Группы показателей | Показатели | № | Порядок оценки показателей | Да | Нет | Примечания |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Выполнение порядков оказания помощи.  Наличие региональной маршрутизации пациентов | Наличие в МО региональных приказов о порядке оказания помощи, маршрутизации потоков пациентов, включая вопросы внешних консультаций, дополнительных исследований | 1.1 | Проверить наличие в МО региональных приказов о маршрутизации пациентов |  |  |  |
| 1.2 | Оценить знания сотрудников, опросить не менее 5 руководителей подразделений, а также врачей, дежурящих ответственными, на предмет знания региональной схемы маршрутизации пациентов |  |  |  |
| Наличие приказов главного врача об организации перевода пациентов в другие МО, включая перечень показаний и стационары для перевода | 1.3 | Проверить наличие приказов главного врача о порядке перевода пациентов в другие МО |  |  |  |
| 1.4 | Оценить знания сотрудников, опросить не менее 5 руководителей подразделений, а также врачей, дежурящих ответственными, на предмет знания показаний для перевода |  |  |  |
| Регулярный контроль профильности госпитализации | Оценить систему контроля профильности госпитализации: | |  |  |  |
| 1.5 | Проверить наличие отчетов о результатах оценки/регулярность проведения  Наличие планов по устранению недостатков /ответственные/сроки |  |  |  |
| 1.6 | Проверить не менее 20 ИБ на предмет профильности госпитализации |  |  |  |
| Информирование сотрудников/обучение | 1.7 | Оценить знания персонала, опросить не менее 5 сотрудников на предмет знаний порядков оказания помощи в соответствии с направлением деятельности МО |  |  |  |
| 2 | Связь МО со скорой/ неотложной помощью/медициной катастроф.  Обеспечение преемственности помощи при госпитализации | Наличие связи МО с бригадами скорой/неотложной помощи/центром медицины катастроф 24/7/365 | 2.1 | Проверить наличие связи МО со скорой/неотложной помощью/медициной катастроф, возможность доступа 24/7/365 |  |  |  |
| Точное, полное и аккуратное ведение медицинской документации при поступлении, включая журналы поступления (электронные при наличии) | 2.2 | Проверить наличие журналов поступления пациентов, оценить качество ведения, включая полноту заполнения, аккуратность |  |  |  |
| Наличие стандартных бланков, листов наблюдения, которые заполняются медицинскими работниками, доставившими пациента в МО | 2.3 | Проверить наличие стандартных бланков, листов наблюдения, которые заполняются медицинскими работниками, доставившими пациента в МО, проверить не менее 10 ИБ пациентов, поступивших экстренно на СП |  |  |  |
| Точное, полное и аккуратное ведение медицинской документации медработниками СП | 2.4 | Оценить качество заполнения медицинской документации при госпитализации пациента, проверить не менее 10 ИБ пациентов, поступивших экстренно на СП |  |  |  |
| 3 | Наличие алгоритмов перевода внутри МО или перевода в другую МО | Наличие алгоритмов перевода пациентов, включая показания для перевода | Проверить наличие алгоритмов перевода внутри МО, выписки и перевода в другую МО, передачи клинической ответственности за пациента при переводе, включая: | |  |  |  |
| 3.1 | Госпитализация/перевод в и из АРО/ОРИТ/ПИТ |  |  |  |
| 3.2 | Перевод в клинические отделения |  |  |  |
| 3.3 | Выписка из МО |  |  |  |
| 3.4 | Перевод в другую МО |  |  |  |
| 3.5 | Оценить знания алгоритмов перевода персоналом, опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений |  |  |  |
| Точное, полное и аккуратное ведение документации при передаче ответственности за пациента при переводе или выписке | 3.6 | Оценить качество заполнения медицинской документации при передаче клинической ответственности за пациента, проверить не менее 10 ИБ из разных подразделений |  |  |  |
| 4 | Обеспечение безопасности пациента при транспортировке в пределах МО | Наличие алгоритмов транспортировки разных категорий пациентов, включая показания для перевода на каталке, кресле, пешком в сопровождении медицинского работника | 4.1 | Проверить наличие алгоритмов транспортировки различных категорий пациентов |  |  |  |
| 4.2 | Оценить знания алгоритмов транспортировки различных категорий пациентов, опросить не менее 5-ти сотрудников из различных подразделений |  |  |  |
| 4.3 | Оценить исполнение алгоритмов транспортировки пациентов методом прямого наблюдения, например, из приемного отделения |  |  |  |
| 4.4 | Опросить не менее 5 пациентов различных категорий об особенностях их транспортировки |  |  |  |
| Наличие исправных каталок/кроватей с ограничителями, кресел в количестве, соответствующем расчетному | 4.5 | Проверить наличие исправных каталок/кроватей с ограничителями, кресел в количестве, соответствующем расчетному во всех подразделениях МО |  |  |  |
| 5 | Организация трансфера пациентов | Трансфер пациентов санитарным транспортом (например, медицина катастроф, санавиация, СП и т.п.) | 5.1 | При отсутствии собственного транспорта порядок взаимодействия МО со СП, медициной катастроф, другими службами |  |  |  |
| 5.2 | Оценить знания персонала порядка взаимодействия с организациями, обеспечивающими санитарным транспортом и медицинским сопровождением, опросить не менее 2ответственных сотрудников |  |  |  |
| Наличие собственного санитарного транспорта в МО  Исправность транспорта, включая регулярное техническое обслуживание | 5.3 | Проверить наличие собственного санитарного транспорта в МО, выездных бригад, количественное и качественное соответствие документам МО (если применимо) |  |  |  |
| 5.4 | Оценить техническое обслуживани санитарного транспорта, проверить регулярность прохождения ТО |  |  |  |
| Наличие алгоритмов трансфера пациентов различных групп, включая сопровождение: количество медицинских работников, специализация, квалификация и т.п. | 5.5 | Проверить наличие алгоритмов перевода пациентов различных групп (в зависимости от нозологии и тяжести состояния) |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| 5.6 | Оценить исполнение алгоритмов трансфера пациентов методом наблюдения случаев трансфера пациентов (при возможности), включая |  |  |  |
| 5.7 | Проверить готовность транспорта, включая оснащение в зависимости от класса и профиля, в соответствие с порядками оказания скорой медицинской помощи |  |  |  |
| 5.8 | Проверить укладки, соответствие ЛП классу и профилю |  |  |  |
| 5.9 | Проверить наличие стандартной медицинской документации, включая: листы наблюдения, справки |  |  |  |
| 6 | Процесс передачи клинической ответственности за пациента | Наличие и исполнение алгоритма передачи клинической ответственности за пациента (см. введение) при переводе, передаче дежурства | 6.1 | Проверить наличие алгоритма передачи клинической ответственности при передаче дежурств во всех подразделениях МО |  |  |  |
| 6.2 | Оценить знания алгоритма, опросить не менее 5-ти сотрудников из различных подразделений |  |  |  |
| 6.3 | Оценить процесс передачи клинической ответственности за пациента, методом наблюдения, при переводе из приемного отделения, при передаче дежурства в АРО/ОРИТ/ПИТ и т.д. |  |  |  |
| Точное, полное и аккуратное ведение документации при передаче ответственности | 6.4 | Оценить точность, полноту и аккуратность ведения медицинской документации при передаче клинической ответственности, проверить не менее 10 ИБ из разных подразделений МО |  |  |  |
| 7 | Обеспечение преемственности помощи при выписке из стационара | Наличие и исполнение алгоритма передачи информации о проведенном лечении в другую МО (поликлинику, отделение реабилитации) | 7.1 | Проверить наличие алгоритма передачи информации о пациенте в другие МО |  |  |  |
| 7.2 | Оценить качество и сроки передачи информации на предмет соответствия алгоритму МО, проверить не менее 5 случаев выписки за последнюю неделю |  |  |  |
| 7.3 | Оценить знания алгоритма, опросить не менее 5-ти сотрудников из различных подразделений ответственных за передачу информации |  |  |  |
| Наличие стандартных форм выписного/переводного эпикриза | 7.4 | Проверить наличие стандартных форм выписного/переводного эпикриза |  |  |  |
| Точное, полное и аккуратное ведение документации | 7.5 | Оценить точность, полноту и аккуратность оформления эпикризов, проверить не менее 10 ИБ пациентов, выписанных из различных подразделений |  |  |  |
| Качественное консультирование пациентов при выписке, включая обсуждение плана дальнейшего лечения/реабилитации, сроков и места самостоятельного обращения или порядка консультации на дому | 7.6 | Оценить качество информирования пациентов при выписке из МО методом наблюдения в различных подразделениях |  |  |  |
| 7.7 | Оценить качество консультирования, опросить не менее 5 пациентов, выписанных из различных подразделений МО на предмет понимания пациентом плана дальнейших действий, рекомендаций, предоставленных персоналом |  |  |  |
| Организация кабинета катамнеза | 7.8 | Проверить наличие кабинета катамнеза, оценить организацию работы кабинета, попросить продемонстрировать не менее 5 пациентов, выписанных из разных подразделений МО |  |  |  |
| 8 | Информирование пациента и родственников, уполномоченных пациентом, законных представителей пациента | Информирование пациентов и сопровождающих о целях, условиях и организации перевода | 8.1 | Оценить качество информирования пациентов и посетителей о целях, условиях и организации перевода, опросить не менее 5 (при наличии) пациентов и их родственников, которые планируются к переводу |  |  |  |
| 9 | Обеспечение эффективной коммуникации «медицинский работник – пациент/сопровождающий» | Обучение персонала навыкам эффективной коммуникации «медицинский работник – пациент/сопровождающий» | 9.1 | Оценить обучение персонала навыкам коммуникации медицинский работник – пациент, проверить наличие планов обучения, журналов обучения (охват персонала 100%), регулярность проведения тренингов |  |  |  |
| Контроль степени коммуникации | 9.2 | Оценить методом наблюдения качество коммуникации «медработник-пациент» в разных подразделениях МО и в разных ситуациях (при возможности не менее 10 случаев), например, при госпитализации, при переводе в и из операционной, перевода из клинического отделения в АРО/ОРИТ/ПИТ и т.д. |  |  |  |
| 9.3 | Оценить «обратную связь», включая регулярное анкетирование пациентов, в том числе по вопросам коммуникации. Проверить наличие отчетов по результатам анкетирования |  |  |  |
| 10 | Обеспечение эффективной коммуникации персонала: «врач-врач, врач-медсестра» | Обучение персонала навыкам эффективной коммуникации, включая виды:  • Вербальная личная коммуникация, например, при оказании экстренной помощи, передаче дежурств  • Вербальная по телефону, например, при сообщении дежурному врачу об ухудшении состояния пациента, заказе препаратов крови на стации переливания и т.д. | 10.1 | Оценить обучение персонала навыкам коммуникации медицинский работник – пациент, проверить наличие планов обучения, журналов обучения (охват персонала 100%), регулярность проведения тренингов |  |  |  |
| 10.2 | Оценить методом наблюдения качество коммуникации «медработник-медработник» в разных подразделениях МО и в разных ситуациях (при возможности не менее 10 случаев), например, при оказании помощи, обсуждении клинического случая и т.д. |  |  |  |

Показатели мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности по направлению «Преемственность оказания медицинской помощи. Организация перевода пациентов в рамках одной медицинской организации и трансфер в другие медицинские организации»

|  |  |
| --- | --- |
| **Количественные показатели** | **Норматив** |
| Доля случаев непрофильной госпитализации | 0% |
| Выдача документов о проведенном лечении, рекомендаций, выписок из истории болезни на руки пациентам (или законным представителям) в день выписки | 100% |
| Сроки передачи информации о пациенте после выписки из стационара на амбулаторный уровень | 24 часа |

Приложение 7

к Требованиям

к организации и проведению

внутреннего контроля

качества и безопасности

медицинской деятельности, утвержденному

Министерством здравоохранения

Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. №\_\_\_\_

Оценочный лист по направлению «Хирургическая безопасность, профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами»

| № | Группы показателей | Показатели | № | Порядок оценки показателей | Да | Нет | Примечания |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Организация обеспечения хирургической безопасности в МО | Наличие приказов главного врача по обеспечению профилактики рисков, связанных с оперативными вмешательствами | Проверить наличие приказов главного врача/темы: | |  |  |  |
| 1.1 | Организация обеспечения хирургической безопасности, включая положение об ответственных и комиссии |  |  |  |
| 1.2 | Порядок разработки и обновления клинических алгоритмов МО, СОПов, включая положение о мультидисциплинарной рабочей группе/группах |  |  |  |
| 1.3 | Порядок учета и регистрации периоперационных осложнений |  |  |  |
| 1.4 | Организация посещений пациентов и привлечение родственников к уходу за тяжелобольными |  |  |  |
| Проведение регулярной оценки хирургической безопасности в МО | 1.5 | Проверить наличие отчетов о результатах Оценки/регулярность проведения  Проверить наличие планов по устранению недостатков /ответственные/сроки |  |  |  |
| Обучение персонала по вопросам хирургической безопасности | 1.6 | Оценить обучение персонала по вопросам обеспечения хирургической безопасности, проверить наличие планов обучения, журналов обучения (охват персонала 100%), регулярность проведения тренингов |  |  |  |
|  | Процесс подготовки к плановому оперативному вмешательству | Наличие и исполнение алгоритма подготовки к оперативному вмешательству, включая:  Объем обследования (в том числе отсутствие дублирования исследований)  Осмотр врачами-специалистами  Оформление информированных согласий | Проверить не менее 10 ИБ в каждом хирургическом отделении, где производятся плановые оперативные вмешательства, на предмет наличия: | |  |  |  |
| 2.1 | Осмотр хирурга с заключением |  |  |  |
| 2.2 | Осмотр анестезиолога с заключением |  |  |  |
| 2.3 | Оценка рисков (аллергии, кровопотери, анестезиологического, тромбоэмболии, инфекционного и т.д.) |  |  |  |
| Оформление информированных согласий на: | |  |  |  |
| 2.4 | оперативное вмешательство |  |  |  |
| 2.5 | анестезию |  |  |  |
| 2.6 | трансфузию (если необходимо) |  |  |  |
|  | другие (указать какие) |  |  |  |
| 2.7 | Отсутствие дублирования исследований |  |  |  |
| 2.8 | Опросить не менее 5 пациентов в каждом хирургическом отделении, где производятся плановые оперативные вмешательства, на предмет подтверждения оформления информированного согласия (предоставление в полном объеме информации о вмешательстве, включая возможные осложнения, альтернативы, последствия при отказе и т.д.) |  |  |  |
|  | Внедрение хирургического чек-листа | Наличие и использование хирургического чек-листа | 3.1 | Проверить наличие хирургического чек-листа |  |  |  |
| 3.2 | Оценить использование чек-листа во время операций методом прямого наблюдения не менее 2 операций (при возможности) |  |  |  |
|  | Обеспечение безопасности в периоперационный период: до, во время и непосредственно после операции | Наличие и исполнение алгоритмов ведения пациента непосредственно до начала операции, включая алгоритмы седации, АБ-профилактики и др. | Оценить исполнение алгоритма методом наблюдение не менее 2 операций: | |  |  |  |
| 4.1 | Проверить наличие маркировки места операции (если применимо) |  |  |  |
| 4.2 | Оценить процесс идентификация пациента/подтверждения пациентом места и вида операции |  |  |  |
| 4.3 | Оценить исполнение алгоритма седации/премедикации, включая соответствие выбора препаратов, доз и сроков введения алгоритму МО, проверить не менее 10 ИБ |  |  |  |
| 4.4 | Проверить наличие пульсоксиметра |  |  |  |
| 4.5 | Оценить исполнение алгоритма АБ-профилактики, включая сроки введения препарата (не ранее чем за 1 час, но до вмешательства/до разреза) |  |  |  |
| Проверить не менее 10 ИБ | |  |  |  |
| 4.6 | Оценить исполнение алгоритма АБ-профилактики |  |  |  |
| 4.7 | Оценить исполнение алгоритма профилактики тромбоэмболических осложнений |  |  |  |
| Наличие и исполнение алгоритма оценки технической готовности оборудования к операции | 4.8 | Оценить исполнение алгоритма проверки оборудования (включая необходимого для оказания реанимации: кислородное оборудование, отсос, зонды и т.д.) |  |  |  |
| 4.9 | Оценить исполнение алгоритма проверки оборудования для визуализации изображений (если применимо) |  |  |  |
| Наличие и исполнение алгоритма оценки операции сразу после ее окончания | Оценить исполнение алгоритма оценки операции методом наблюдения не менее 2-х операций: | |  |  |  |
| 4.10 | Подсчет инструментов, тампонов и т.д. |  |  |  |
| 4.11 | Оценка проведенной операции (технических особенностей) |  |  |  |
| 4.12 | Оценка интраоперационной кровопотери |  |  |  |
| 4.13 | Оценка рисков послеоперационного периода |  |  |  |
|  | Обеспечение безопасности в период до перевода из операционного блока | Наличие и исполнение алгоритма ведения пациента до перевода в послеоперационное отделение/АРО/ОРИТ/ПИТ | 5.1 | Оценить исполнение алгоритма мониторинга состояния пациента методом наблюдения не менее 2-х случаев на предмет соответствия алгоритму МО |  |  |  |
| 5.2 | Оценить полноту и аккуратность заполнения листов наблюдения состояния пациента, проверить не менее 10 ИБ |  |  |  |
| 5.3 | Проверить наличие алгоритма перевода из операционной в палату пробуждения/палату наблюдения, включая показания/условия/состояние пациента (если применимо) |  |  |  |
|  | 5.4 | При отсутствии отдельной палаты пробуждении/наблюдения оценить условия в которых наблюдается пациент до перевода из операционного блока, проверить отсутствие пациентов, лежащих на каталках в коридорах |  |  |  |
| 5.5 | Проверить наличие алгоритма перевода в АРО/ОРИТ/ПИТ, послеоперационное отделение, включая показания/условия/состояние пациента |  |  |  |
| 5.6 | Оценить передачу ответственности за пациента при переводе из операционного блока методом наблюдения не менее 2 случаев |  |  |  |
|  | Обеспечение безопасности в послеоперационном периоде, в послеоперационном отделении | Наличие и исполнение алгоритма ведения пациентов в послеоперационном периоде | 6.1 | Проверить наличие алгоритма ведения пациентов в послеоперационном периоде |  |  |  |
| Обеспечение адекватного обезболивания в послеоперационном периоде | 6.2 | Оценить методику оценки боли, принятой в МО, алгоритма обезболивания, включая наличие стандартных чек-листов, проверить не менее 5 ИБ на предмет наличия заполненных чек-листов |  |  |  |
| 6.3 | Опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений на предмет знания алгоритма оценки боли |  |  |  |
| 6.4 | Проверить наличие алгоритмов обезболивания, в том числе для разных категорий пациентов |  |  |  |
| 6.5 | Опросить не менее 5 пациентов, которым проводилось обезболивание на предмет подтверждения проведения оценки эффективности обезболивания |  |  |  |
| 6.6 | Оценить качество обратной связи с пациентами, регулярность проведения анкетирования пациентов по качеству обезболивания, проверить наличие протоколов заседаний рабочей группы, анализ результатов анкетирования |  |  |  |
|  | Соблюдение прав пациентов, включая обеспечение конфиденциальности при оказании помощи | Соблюдение принципов конфиденциальности при оказании медицинской помощи  Организация посещений больных | 7.1 | Оценить размещение пациентов с учетом приватности, соблюдение конфиденциальности при приеме, осмотре и т.д., включая размещение в одноместных палатах, разделение палат ширмами |  |  |  |
| 7.2 | Оценить организацию посещения пациентов родственниками/ухаживающими, проверить наличие гардероба, возможности посещения палат, опросить не менее 5-ти пациентов или посетителей на предмет оценки организации посещений |  |  |  |
| 7.3 | Проверить наличие мест для ожидания/встреч родственников, посетителей |  |  |  |
| 7.4 | Оценить условия посещений для ухаживающих за тяжелобольными, проверить наличие мест отдыха, включая кресла, раскладные кровати, доступность туалетов, воды, еды |  |  |  |
| 7.5 | Опросить не менее 5 пациентов и ухаживающих на предмет оценки организации их пребывания в МО |  |  |  |

Показатели мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности по направлению «Хирургическая безопасность, профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами»

|  |  |
| --- | --- |
| **Количественные показатели** | **Норматив** |
| Частота тяжелых тромбоэмболических осложнений, включая ТЭЛА, в послеоперационном периоде | /1000 пациенто-дней |
| Частота инородных тел | /1000 операций |
| Частота периоперативных кровотечений и гематом | /1000 операций |
| Частота нарушений дыхания в послеоперационном периоде | /1000 операций |
| Послеоперационный сепсис | /1000 операций |
| Частота расхождений послеоперационных швов | /1000 операций |
|  | **Норматив** |
| Доля хирургических больных с продолжительностью пребывания в стационаре более расчетного | 0% |
| Доля пациентов с повторными госпитализациями с постоперационными осложнениями | 0% |

Приложение 8

к Требованиям

к организации и проведению

внутреннего контроля

качества и безопасности

медицинской деятельности, утвержденному

Министерством здравоохранения

Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. №\_\_\_\_

Оценочный лист по направлению «Профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови»

| № | Группы показателей | Показатели | № | Порядок оценки показателей | Да | Нет | Примечания |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Организация службы трансфузиологии в МО | Наличие приказов главного врача по темам: | Проверить наличие приказов МО по темам: | |  |  |  |
| 1.1 | Организация службы трансфузиологии в МО |  |  |  |
| 1.2 | Регистрация случаев реакций и осложнений, возникших в связи с трансфузией донорской крови и (или) ее компонентов |  |  |  |
| 1.3 | Алгоритмы клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов |  |  |  |
| 1.4 | Оценка мероприятий по профилактике рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов |  |  |  |
| 1.5 | Обучение персонала |  |  |  |
| Наличие трансфузиологической комиссии/ответственного  Регулярность рабочих совещаний, наличие протоколов рабочих совещаний комиссии | 1.6 | Проверить наличие комиссии или ответственного, состав (ФИО, должности) |  |  |  |
| 1.7 | Оценить работу комиссии/ответственного, проверить протоколы рабочих совещаний, их регулярность, планы по внедрению изменений и оценки эффективности внедрения |  |  |  |
|  | Региональная система донорства/станций переливания крови/центров крови/обеспечения донорской кровью и ее компонентами | Наличие региональной системы обеспечения донорской кровью и ее компонентами | 2.1 | Проверить наличие в МО региональных документов, описывающих систему обеспечения донорской кровью и ее компонентов |  |  |  |
| Наличие алгоритмов заказа, доставки и возврата крови и ее компонентов | 2.2 | Проверить наличие алгоритмов МО заказа и доставки крови и ее компонентов |  |  |  |
| 2.3 | Оценить знания алгоритмов, опросить не менее 2-х ответственных сотрудников |  |  |  |
| 2.4 | Проверить наличие алгоритмов МО возврата невостребованной крови и ее компонентов |  |  |  |
| Регулярная оценка системы обеспечения донорской кровью и ее компонентами, включая систему регистрации случаев неполного (некорректного) выполнения заявки, случаев отложенных плановых оперативных вмешательств или случаев, связанных с дефицитом крови и компонентов | 9.2.5 | Оценить систему оценки:  Проверить наличие отчетов о результатах Оценки/регулярность проведения,  Наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки |  |  |  |
|  | Региональная система учета и регистрации донорской крови | Регистрация и учет донорской крови и компонентов (желательно электронной), включая наличие журнала (возможно электронного) движения крови и компонентов в МО, аккуратное ведение | 3.1 | Оценить регистрацию и учет донорской крови и компонентов, проверить наличие журнала (возможно электронного) движения крови и компонентов в МО, регулярность заполнения |  |  |  |
| Доступ персонала к системе учета 24/7/365 | 3.2 | Оценить доступность информации о наличии донорской крови и компонентов 24/7/365 |  |  |  |
| Наличие и исполнение алгоритма идентификации препаратов крови и ее компонентов при доставке, использовании | 3.3 | Проверить наличие алгоритмов идентификации препаратов крови и ее компонентов |  |  |  |
| 3.4 | Оценить навыки персонала, попросить не менее 2-х ответственных сотрудников продемонстрировать систему идентификации |  |  |  |
|  | Контроль условий транспортировки препаратов крови и ее компонентов (как внутри МО, так и извне) | Соблюдение правил транспортировки, включая учет температурного режима на всех этапах (хранения, транспортировки и клинического использования): |  | Оценить соблюдение правил транспортировки препаратов крови методом наблюдения (при возможности), опросить не менее 2-х ответственных сотрудников |  |  |  |
| Донорской крови и эритроцитсодержащих компонентов крови | 4.1 | Донорской крови  Менее 30 минут – в транспортных контейнерах, обеспечивающих достаточную изотермичность и изоляцию |  |  |  |
|  | Более 30 мин (максимально до 24 ч), температура внутри транспортного контейнера не должна превышать + 10°С. |  |  |  |
| Тромбоцитсодержащих компонентов | 4.2 | от + 20 до + 24С (оберегать от встряхивания, ударов и перевертывания) |  |  |  |
| СЗП | 4.3 | - в течение всего периода транспортировки не выше – 18°С. |  |  |  |
|  | Контроль условий хранения препаратов крови и ее компонентов | Контроль условий хранения препаратов крови и ее компонентов (как хранящихся в МО, так и поступивших в экстренном порядке) | 5.1 | Проверить наличие донорской крови и компонентов в количестве, соответствующим расчетным |  |  |  |
| Проверить наличие исправного оборудования во всех подразделениях МО: | |  |  |  |
| 5.2 | Холодильники с исправными градусниками или термодатчиками |  |  |  |
| 5.3 | Морозильники с исправными термодатчиками |  |  |  |
| 5.4 | Оценить порядок контроля условий хранения, проверить наличие журналов для фиксации контрольных параметров, регулярность заполнения |  |  |  |
| 5.5 | Оценить контроль технического состояния оборудования, проверить наличие договоров с компаниями, осуществляющими техническое обслуживание оборудования, журналов проведения поверок, регулярность |  |  |  |
| 5.6 | Проверить раздельность хранения донорской крови и компонентов в зависимости от наименования и статуса компонента крови, группы крови АВ0 и резус-принадлежности |  |  |  |
| Проверить соблюдение условий хранения: | |  |  |  |
| 5.7 | Крови - (если используется для трансфузии как цельная кровь) от + 2 до + 6С (максимальный период хранения зависит от используемой системы антикоагулянт –взвешивающий раствор) |  |  |  |
| 5.8 | СЗП - Ниже – 25С (36 мес.) (при отсутствии потребности в использовании размороженной плазмы при температуре 2-6 С в течение 24 ч |  |  |  |
| 5.9 | Тромбоцитарная масса - от + 20 до + 24С (5 дней при условии непрерывного помешивания) |  |  |  |
|  | Алгоритм заказа, доставки крови и компонентов в МО | Наличие стандартных документов (бланков) для заказа крови и компонентов | 6.1 | Проверить наличие стандартных бланков для заказа |  |  |  |
| Регистрация (журнала учета) несоответствий доставленных компонентов крови (меньше/больше, визуальным требованиям, срокам годности) | 6.2 | Оценить регистрацию несоответствий доставленных компонентов крови (меньше/больше, визуальным требованиям, срокам годности) |  |  |  |
| Наличие алгоритма вербального заказа на станции переливания крови/в банке крови | 6.3 | Проверить наличие алгоритма/памятки для персонала вербального заказа на станции переливания крови/в банке крови |  |  |  |
| 6.4 | Оценить знания персонала, попросить продемонстрировать не менее 2-х сотрудников |  |  |  |
|  | Наличие в МО специального оборудования/расходных материалов для профилактики осложнений | Наличие устройств одноразового применения со встроенным микрофильтром, обеспечивающим удаление микроагрегатов диаметром более 30 мкм | 7.1 | Проверить наличие устройств в расчетном количестве для МО |  |  |  |
| Использование устройств во всех случаях в соответствии с клиническими рекомендациями/стандартами:   * При трансфузии донорской крови и (или) ее компонентов, не подвергнутых лейкоредукции * При проведении множественных трансфузиях пациентам с отягощенным трансфузионным анамнезом | 7.2 | Проверить факт использования устройств в случаях в соответствии с клиническими рекомендациями/ стандартами  проверить 10 ИБ (при наличии) со случаями трансфузии крови или компонентов, не подвергнутых лейкоредукции, проведении множественных трансфузий пациентам с отягощенным трансфузионных анамнезом |  |  |  |
|  | Алгоритм обследования при поступлении | Проведение обследования пациентов в лаборатории МО при поступлении в объеме:   * Первичное исследование групповой и резус-принадлежности крови у всех пациентов * Подтверждающее определение группы крови по системе АВО и резус-принадлежности у всех пациентов * Фенотипирование по антигенам С, с, Е, е, Cw, К, k и определение антиэритроцитарных антител у реципиента | Оценить объем обследования пациентов при поступлении в объем, проверить не менее 10 ИБ из разных подразделений на предмет наличия: | |  |  |  |
| 8.1 | Исследование групповой и резус-принадлежности крови |  |  |  |
| 8.2 | Подтверждающее определение группы крови по системе АВО и резус-принадлежности |  |  |  |
| 8.3 | Проверить не менее 10 ИБ пациентов, которым была проведена трансфузия крови и ее компонентов на предмет наличия:  Фенотипирование по антигенам С, с, Е, е, Cw, К, k и определение антиэритроцитарных антител |  |  |  |
| Наличие договора со сторонней лабораторией при отсутствии возможности проведения исследований в собственной | 8.4 | Оценить проведение исследований при отсутствии возможности проведения всего объема в МО, проверить наличие договора с внешней лабораторией, оценить порядок отправки проб и получения результатов |  |  |  |
|  | Обеспечение безопасности при переливании крови и компонентов | Исполнение алгоритма переливания крови и компонентов | 9.1 | Проверить наличие алгоритма переливания крови и компонентов, и его соответствие клиническим рекомендациям/стандартам |  |  |  |
| 9.2 | Оценить знания персонала алгоритма, опросить не мене 5-ти сотрудников из разных подразделений МО, включая следующие этапы: |  |  |  |
| 9.3 | Оценить исполнение протокола методом наблюдения (при наличии возможности) или методом опроса сотрудников |  |  |  |
| 9.4 | В день трансфузии (или не ранее, чем за 24 часа до трансфузии) забор крови из вены - 2-3 мл в пробирку с антикоагулянтом и 3-5 мл в пробирку без антикоагулянта |  |  |  |
| 9.5 | Пробирки маркированы с указанием фамилии и инициалов реципиента, номера медицинской документации, наименования отделения, где проводится трансфузия, групповой и резус-принадлежности, даты взятия образца крови |  |  |  |
| 9.6 | Трансфузия крови и/или эритроцитсодержащих компонентов начинается не позднее двух часов после извлечения из холодильного оборудования и согревания до 37 С |  |  |  |
| 9.7 | Перед началом трансфузии медицинский работник проверяет герметичность контейнера и правильность паспортизации, проводит макроскопический осмотр контейнера с кровью и (или) ее компонентами |  |  |  |
| 9.8 | Определяется группа крови реципиента (При переливании тромбоцитов – группа крови по системе АВО и резус-принадлежность реципиента) |  |  |  |
| 9.9 | Определяется группа крови донора в контейнере по системе АВО (резус-принадлежность донора устанавливается по обозначению на контейнере) |  |  |  |
| 9.10 | Проводится проба на индивидуальную совместимость крови реципиента и донора методами:  на плоскости при комнатной температуре  одной из трех проб (непрямая реакция Кумбса или ее аналоги, реакция конглютинации с 10% желатином или реакция конглютинации с 33% полиглюкином) |  |  |  |
| 9.11 | Проверить реагенты для проведения проб на предмет сроков годности, включая соблюдение сроков после вскрытия (не более 4-х суток) |  |  |  |
| 9.12 | Проводится биологическая проба (БП) (независимо от вида и объема донорской крови и (или) ее компонентов и скорости их введения, а также е случае индивидуально подобранных в клинико-диагностической лаборатории или фенотипированных эритроцитсодержащих компонентов |  |  |  |
| 9.13 | При необходимости переливания нескольких доз компонентов донорской крови БП выполняется перед началом переливания каждой новой дозы компонента донорской крови |  |  |  |
| 9.14 | Биологическая проба:  Переливание 10 мл донорской крови и (или) ее компонентов со скоростью 2-3 мл (40-60 капель) в минуту в течение 3-3,5 минут  В течение 3 минут наблюдение за состоянием реципиента, контроль: пульс, ЧДД, АД, общее состояние, цвет кожи, Т тела  Повторить процедуру |  |  |  |
| 9.15 | Показания для прекращения трансфузии:   * Любые клинические симптомы: озноб, боли в пояснице, чувства жара и стеснения в груди, головной боли, тошноты или рвоты * Установление связи реакции или осложнения с трансфузией |  |  |  |
| 9.16 | Признаки реакции или осложнения при трансфузии под наркозом: усиливающаяся без видимых причин кровоточивость в операционной ране, снижение АД, учащение пульса, изменение цвета мочи при катетеризации мочевого пузыря |  |  |  |
| 9.17 | Вопрос о дальнейшей трансфузии решается консилиумом врачей с учетом клинических и лабораторных данных |  |  |  |
| 9.18 | Реципиент соблюдает постельный режим в течение 2 часов. Проводится мониторинг состояния: Т тела, АД, пульс, диурез, цвет мочи с фиксацией в медицинской карте реципиента |  |  |  |
| 9.19 | На следующий день после трансфузии донорской крови и (или) ее компонентов производится клинический анализ крови и мочи |  |  |  |
|  | Обеспечение безопасности при переливании СЗП | Наличие и исполнение алгоритма переливания СЗП | 10.1 | Проверить наличие алгоритма переливания СЗП, и его соответствие клиническим рекомендациям/стандартам |  |  |  |
| 10.2 | Оценить знания персонала алгоритма, опросить не мене 5-ти сотрудников из разных подразделений МО, включая следующие этапы: |  |  |  |
| 10.3 | Оценить исполнение протокола методом наблюдения (при наличии возможности) или методом опроса сотрудников |  |  |  |
| 10.4 | Используется только карантизированная СЗП- не <180 суток с момента замораживания при температуре ниже минус 25°С. |  |  |  |
| 10.5 | Для размораживания СЗП используется специальная аппаратура. Размораживание на «водяной бане» не допускается |  |  |  |
| 10.6 | Перед трансфузией СЗП определяется группа крови реципиента по системе АВО,  СЗП донора должна быть одногруппной по системе АВО с реципиентом. |  |  |  |
| 10.7 | Разногруппность по системе резус не учитывается |  |  |  |
| 10.8 | При переливании больших объемов СЗП (> 1 л) соответствие по резусу учитывается обязательно |  |  |  |
|  | Обеспечение безопасности при переливании тромбоцитов | Наличие и исполнение алгоритма переливания тромбоцитов | 11.1 | Проверить наличие алгоритма переливания тромбоцитов и его соответствие клиническим рекомендациям/стандартам |  |  |  |
| Оценить знания персонала алгоритма, опросить не менее 5-ти сотрудников из разных подразделений МО, включая следующие этапы: | |  |  |  |
| 11.2 | Групповая и резус-принадлежность донора устанавливается по маркировке на контейнере с компонентом крови |  |  |  |
| 11.3 | Пробы на индивидуальную совместимость не проводятся |  |  |  |
|  | Обеспечение безопасности при переливании криопреципитата | Наличие и исполнение алгоритма переливания криопреципитата | 12.1 | Проверяется соответствие группы донора и реципиента по системе АВО |  |  |  |
|  | Обеспечение безопасности при трансфузии по жизненным показаниям | Наличие и исполнение алгоритма экстренной трансфузии по жизненным показаниям | 13.1 | Проверить наличие алгоритма трансфузии по жизненным показаниям, и его соответствие клиническим рекомендациям/стандартам |  |  |  |
| 13.2 | Оценить знания персонала алгоритма, опросить не менее 5-ти сотрудников из разных подразделений МО, включая следующие этапы: |  |  |  |
| 13.3 | Реципиентам с группой крови А(II) или В(III) при отсутствии одногруппной крови или компонентов могут быть перелиты резус-отрицательные компоненты O(I), а реципиентам AB(IV) могут быть перелиты резус-отрицательные компоненты В(III) независимо от резус-принадлежности реципиентов |  |  |  |
| 13.4 | При невозможности определения группы крови по жизненным показаниям реципиенту переливают компоненты O(I) группы резус-отрицательные в количестве не более 500 мл независимо от групповой и резус-принадлежности реципиента |  |  |  |
| 13.5 | При отсутствии одногруппной СЗП допускается переливание СЗП группы AB(IV) реципиенту с любой группой крови |  |  |  |
|  | Оценка эффективности терапии | Наличие согласованных показателей эффективности терапии | 14.1 | Проверить наличие перечня показателей эффективности терапии |  |  |  |
| 14.2 | Оценить знания персонала, опросить не менее 5-ти сотрудников из разных подразделений МО |  |  |  |
| Сбор показателей эффективности в соответствии с алгоритмами МО, фиксация в историях болезни, анализ, включая:   * Клинические данные * Результаты лабораторных исследований | 14.3 | Оценить процесс оценки эффективности терапии, проверить не менее 10 ИБ пациентов, которым была проведена трансфузия крови компонентов на предмет наличия показателей и их анализа |  |  |  |
|  | Обеспечение безопасности при подборе компонентов крови особым группам реципиентов | Наличие и исполнение алгоритма подбора компонентов крови в особых случаях, включая реципиентов, имеющим:   * в анамнезе посттрансфузионные осложнения * беременность, рождение детей с гемолитической болезнью новорожденного * аллоиммунные антитела | 15.1 | Проверить наличие алгоритма подбора компонентов крови особым группам реципиентов и его соответствие клиническим рекомендациям/стандартам |  |  |  |
| 15.2 | Оценить знания персонала, опросить не мене 5-ти сотрудников из разных подразделений МО |  |  |  |
| 15.3 | Проверить не менее 5 историй (при наличии) пациентов, которым была проведена трансфузия на фоне:   * наличия в анамнезе посттрансфузионных осложнений * беременности, рождения детей с гемолитической болезнью новорожденного * наличия аллоиммунных антител |  |  |  |
| Наличие договора со сторонней лабораторией при отсутствии возможности проведения исследований в собственной | 15.4 | Оценить проведение исследований при отсутствии возможности проведения всего объема в МО, проверить наличие договора с внешней лабораторией |  |  |  |
|  | Ведение медицинской документации | Наличие во всех медицинских документах: | Проверить не менее 10 ИБ пациентов на предмет наличия следующей информации: | |  |  |  |
| Информация о группе крови и резус-факторе | 16.1 | Группа крови резус-фактор |  |  |  |
| Анамнез (трансфузионный) | 16.2 | Трансфузионный анамнез |  |  |  |
| Информированное согласие | 16.3 | Информированное согласие |  |  |  |
| Наличие стандартных бланков переливания, заполненных четко и полностью: | Проверить не менее 10 ИБ пациентов, которым была проведена трансфузия крови и компонентов, включая: | |  |  |  |
| 16.4 | Медицинские показания |  |  |  |
| 16.5 | Паспортные данные контейнера (или копия) |  |  |  |
| 16.6 | Результаты контрольной проверки группы крови реципиента по системе АВО с указанием сведений (наименование, производитель, серия, срок годности) об используемых реактивах (реагентах) |  |  |  |
| 16.7 | Результаты контрольной проверки группы донорской крови или ее компонентов, взятых из контейнера, по системе АВО |  |  |  |
| 16.8 | Результаты проб на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента |  |  |  |
| 16.9 | Результата биологической пробы |  |  |  |
| 16.10 | Запись в медицинской документации, отражающей состояние здоровья реципиента, оформляется протоколом трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов по единому образцу |  |  |  |
|  | Информирование пациентов | Предоставление пациентам полной и точной информации о трансфузии, рисках и преимуществах, альтернативных методах | 17.1 | Оценить качество информирования пациентов, опросить не менее 10 пациентов после трансфузии в различных подразделениях на предмет информирования их персоналом |  |  |  |
| Наличие информационных материалов по вопросам донорства, переливании крови и компонентов (постеры, брошюры, памятки и др.) | 17.2 | Проверить наличие информационных материалов для пациентов по вопросам переливания крови компонентов во всех подразделениях МО, оценить их качество, в том числе соответствие клиническим рекомендациям, стандартам |  |  |  |
|  | Регистрация случаев реакций и осложнений, возникших в связи с трансфузией донорской крови и (или) ее компонентов | Наличие в МО ответственных за регистрацию случаев реакций и осложнений, возникших в связи с трансфузией донорской крови и (или) ее компонентов | 18.1 | Проверить наличие ответственного/ответственных (ФИО, должность) |  |  |  |
| Наличие стандартных уведомлений, подающихся руководителю организации, которая заготовила и поставила донорскую кровь и (или) ее компоненты | 18.2 | Проверить наличие уведомлений |  |  |  |
| 18.3 | Оценить навыки персонала по заполнению уведомлений, попросить ответственных сотрудников заполнить уведомление |  |  |  |
| Наличие и исполнение алгоритма действий в случае реакции и осложнений, возникших в связи с трансфузией донорской крови и (или) ее компонентов: | 18.4 | Оценить знания персонала, опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений МО, включая следующие этапы: |  |  |  |
| 18.5 | После окончания трансфузии контейнер с оставшейся донорской кровью и (или) ее компонентами (5 мл), а также пробирка с кровью реципиента, использованная для проведения проб на индивидуальную совместимость, сохраняются в течение 48 часов при температуре 2-6 С в холодильнике |  |  |  |
| 18.6 | Оставшаяся часть донорской крови и (или) ее компонентов передается в организацию, которая ее заготовила |  |  |  |
| 18.7 | Туда же передаются образцы крови реципиента, взятые до и после трансфузии |  |  |  |
| Регулярная оценка случаев, разработка предложений по улучшению системы безопасности при переливании крови и компонентов | 18.8 | Оценить регулярность:  Проверить наличие отчетов о результатах оценки/регулярность проведения  Наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки |  |  |  |
|  | Внедрение методов аутодонорства компонентов крови и аутогемотрансфузии в отделениях соответствующего профиля | В МО внедрены методики компонентов крови и аутогемотрансфузии | 19.1 | Оценить внедрение в МО новых технологий, включая: |  |  |  |
| Предоперационная заготовка аутокомпонентов крови (аутоплазмы и аутоэритроцитов) |  |  |  |
| Предоперационная нормоволемическая или гиперволемическая гемодилюция |  |  |  |
| Интраоперационная аппаратная реинфузия крови |  |  |  |
| Трансфузия (переливание) дренажной крови |  |  |  |
|  | Обеспечение безопасности при проведении аутотрансфузии крови | Наличие и исполнение алгоритма проведении аутотрансфузии крови | 20.1 | Проверить наличие алгоритма проведения аутотрансфузии крови и его соответствие клиническим рекомендациям/стандартам |  |  |  |
| 20.2 | Оценить знания персонала алгоритма, опросить не мене 5-ти сотрудников из разных подразделений МО, включая следующие этапы: |  |  |  |
|  | Оценить исполнение протокола методом наблюдения (при наличии возможности) или методом опроса сотрудников |  |  |  |
| 20.3 | Оформление информированного согласия на заготовку аутокрови или ее компонентов, которое фиксируется в медицинской документации |  |  |  |
| 20.4 | Предоперационная заготовка аутокрови или ее компонентов осуществляется при уровне гемоглобина не ниже 110 г/л, гематокрита - не ниже 33% |  |  |  |
| 20.5 | Последняя аутодонация осуществляется не менее чем за 3 суток до начала оперативного вмешательства |  |  |  |
| 20.6 | При нормоволемической гемодилюции постгемодилюционный уровень гемоглобина не должен быть ниже 90 - 100 г/л, а уровень гематокрита не должен быть менее 28%; при гиперволемической гемодилюции поддерживается уровень гематокрита в пределах 23 - 25% |  |  |  |
| 20.7 | Интервал между эксфузией и реинфузией при проведении гемодилюции не должен быть более 6 часов. В противном случае контейнеры с кровью помещаются в холодильное оборудование при температуре 4 - 6 °C |  |  |  |
| 20.8 | Определен алгоритм отказа от интраоперационной реинфузии крови при подозрении на наличие бактериального загрязнения |  |  |  |
| 20.9 | Перед трансфузией аутологичной крови и ее компонентов выполняется проба на совместимость с реципиентом и биологическая проба, как и в случае применения компонентов аллогенной крови |  |  |  |
|  | Утилизация крови и компонентов с истекшим сроком годности | Осуществление регулярного контроля сроков годности крови и препаратов /плановые и внеплановые проверки/журнал/отчеты,  Отчеты о результатах/принятые решения  Планы по устранению дефектов /ответственные/сроки  Информирование персонала годности | 21.1 | Оценить контроль сроков годности, включая:  Регулярность плановых проверок |  |  |  |
| 21.2 | Проведение внеплановых проверок (количество за полный последний год) |  |  |  |
| 21.3 | Проверить наличие отчетов по результатам проверок, журналов |  |  |  |
| 21.4 | Проверить наличие и оценить планы по устранению дефектов /ответственные/сроки |  |  |  |
| 21.5 | Оценить информирования, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений |  |  |  |
| Наличие и исполнение алгоритма утилизации крови ее компонентов при истечении сроков годности | 21.6 | Проверить наличие алгоритма |  |  |  |
| 21.7 | Оценить знания персонала, опросить не менее 2-х ответственных сотрудников |  |  |  |

Показатели мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности по направлению «Профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови»

|  |  |
| --- | --- |
| **Количественные показатели** | **Норматив** |
| Частота реакций и осложнений, возникших в связи с трансфузией донорской крови и (или) ее компонентов | /1000 трансфузий |

Приложение 9

к Требованиям

к организации и проведению

внутреннего контроля

качества и безопасности

медицинской деятельности, утвержденному

Министерством здравоохранения

Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. №\_\_\_\_

Оценочный лист по направлению «Безопасность среды в медицинской организации»

| № | Группы показателей | Показатели | № | Порядок оценки показателей | Да | Нет | Примечания |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Формирование безопасной среды для пациентов и персонала | Наличие приказов главного врача по вопросам организации безопасной среды | Проверить наличие приказов главного врача по вопросам организации безопасной среды | |  |  |  |
| 1.1 | Организация безопасной среды в МО |  |  |  |
| 1.2 | Ответственные/ответственный/инженер |  |  |  |
| 1.3 | Информационная безопасность. Обработка и хранение персональных данных |  |  |  |
| 1.4 | Система охраны МО |  |  |  |
| 1.5 | Порядок действий персонала при чрезвычайных ситуациях |  |  |  |
| 1.6 | Порядок действий персонала при стихийных бедствиях |  |  |  |
| Регулярная Оценка безопасной среды | 1.7 | Проверить наличие отчетов о результатах Оценки/регулярность проведения |  |  |  |
| 1.8 | Наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки |  |  |  |
|  | Оптимальная организация (структура) МО, рациональность, безопасность планировки подразделений | Рациональная, безопасная, эргономичная планировка МО, в том числе для минимизации потерь времени при переводе пациента внутри МО, оказании медицинской помощи, включая:   * Размещение отделений относительно друг друга * Планировка приемного отделения * Планировка внутри подразделений * Планировка помещений для посетителей: кафетерия, зон ожидания и т.д. | Оценить планировку внутри МО и внутри подразделений МО, включая: | |  |  |  |
| 2.1 | Оценить рациональность структуры МО, включая размещение подразделений относительно друг друга (например, операционного блока и реанимационного отделения, родового блока и отделения реанимации новорожденных и т.п.) |  |  |  |
| 2.2 | Оценить рациональность планировки приемного отделения в соответствии с распределением потоков пациентов в зависимости от экстренности |  |  |  |
| 2.3 | Оценить рациональность планировки операционного блока |  |  |  |
| 2.4 | Оценить рациональность, эргономичность планировки внутри клинических подразделений (размещение поста сестры относительно палат, процедурной, перевязочной и т.д.) |  |  |  |
| 2.5 | Оценить рациональность планировки зон ожидания для посетителей, кафе и т.д. |  |  |  |
|  | Рациональная и безопасная организация пространства в помещениях МО | Рациональная, эргономичная планировка помещений внутри подразделений МО, как медицинского, так и не медицинского назначения  Обеспечение безопасности при планировке и организации пространства внутри помещений МО | Оценить рациональность, эргономичность планировки помещений на предмет соответствия дверных проемов, коридоров, лестничных проемов размерам каталок, кроватей, кресел, отсутствия препятствия в виде порогов, отсутствия излишней мебели, неиспользуемого медицинского оборудования в следующих подразделениях: | |  |  |  |
| 3.1 | В операционных |  |  |  |
| 3.2 | В отделениях интенсивной терапии |  |  |  |
| 3.3 | В палатах для пациентов, в коридорах, холлах, в том числе в душевых и санузлах  (расстояние между кроватями, расположение кроватей относительно санузла (если есть) и т.д.) |  |  |  |
| 3.4 | Проверить безопасность кроватей, каталок, стульев, кресел, кушеток, включая исправность тормозной системы, наличие колесиков и т.д. |  |  |  |
|  | Обеспечение безопасных условий пребывании в МО | Безопасность, исправность систем жизнеобеспечения, включая | Проверить безопасность, исправность, рабочее состояние во всех подразделениях МО следующих систем: | |  |  |  |
| Электричество | 4.1 | Электричество, включая исправность розеток, настенных выключателей, наличия незакрепленных проводов и т.д. |  |  |  |
| 4.2 | Наличие резервного электроснабжения с лагом 10 сек., проверить исправность |  |  |  |
| Система водоснабжения | 4.3 | Система водоснабжения, включая наличие горячей воды 24/7/365, проверить исправность системы резервного водоснабжения, |  |  |  |
| Система вентиляции | 4.4 | Система вентиляции, включая регулярность замены фильтров, технического обслуживания, наличие журналов технического обслуживания |  |  |  |
| Система освещения | 4.5 | Система освещения, включая наличие исправных индивидуальных источников света у кроватей пациентов |  |  |  |
| 4.6 | Наличие системы аварийного освещения, проверить исправность |  |  |  |
| Половое покрытие, состояние стен, потолков | 4.7 | Проверить состояние полового покрытия, стен, потолков, во всех подразделениях МО |  |  |  |
| Организация мест общего пользования | 4.8 | Проверить состояние мест общего пользования, включая наличие кнопок вызова персонала в туалетах, душевых, поручней в туалетах |  |  |  |
| Доступность и безопасность среды в МО для лиц с ограниченными возможностями | 4.9 | Проверить наличие пандусов, специальных подъемников, лифтов для подъема каталок, специальных туалетов и т.д. |  |  |  |
| Наличие лифта с резервным электроснабжением (для МО с двумя и более этажами) | 4.10 | Проверить наличие минимум 1 лифта с резервным электроснабжением (для учреждений в 2 и более этажей) |  |  |  |
|  | Система охраны и безопасности МО | Наличие системы охраны и безопасности МО | Оценить систему охраны МО, включая | |  |  |  |
| 5.1 | Проверить наличие договора с охранной организацией или органами МВД об оказания услуг по охране территории и помещений МО |  |  |  |
| 5.2 | Проверить наличие работников охраны на соответствующих постах ИЛИ наличие «тревожной кнопки» |  |  |  |
| 5.3 | Оценить знания работниками охраны инструкций МО, опросить всех находящихся на момент оценки сотрудников |  |  |  |
| Организация доступа в МО, подразделения МО, включая помещения «только для персонала» | 5.4 | Оценить систему доступа посторонних (как сотрудников, так и пациентов, и посетителей) в подразделения МО, проверить наличие списка определенных администрацией помещений с ограниченным доступом и предупреждающих табличек на дверях |  |  |  |
| 5.5 | Проверить наличие и исправность пропускной системы, в том числе электронной |  |  |  |
| Наличие алгоритма действий при опасных ситуациях (нападении на медицинских работников, угрозах со стороны пациентов или посетителей, угрозе суицида и т.п.) | 5.6 | Проверить наличие алгоритма |  |  |  |
| 5.7 | Оценить знания алгоритма персоналом, опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений |  |  |  |
| Соблюдение прав пациентов при организации видеонаблюдения в МО | 5.8 | Проверить наличие предупреждающих табличек при организации видеонаблюдения только в местах общего пользования |  |  |  |
| 5.9 | При организации видеонаблюдения в клинических отделениях - проверить наличие согласия пациентов в 5 ИБ |  |  |  |
| Учет и регистрация всех случаев нарушений порядка в МО | 5.10 | Оценить систему учета и регистрации всех случаев нарушений порядка в МО, проверить наличие отчетов, планов по предотвращению в дальнейшем/ответственные/сроки |  |  |  |
| 5.11 | Оценить систему информирования персонала о фактах нарушения порядка, принятых мерах, опросить не менее 2-х сотрудников на предмет знания информации |  |  |  |
|  | Обеспечение безопасности и при возникновении опасных техногенных ситуаций, стихийных бедствий | Наличие алгоритма действий персонала при возникновении опасных техногенных ситуаций, стихийных бедствий, включая пожар, наводнение, землетрясение и т.п.  Обучение персонала, включая регулярные практические тренинги | 6.1 | Проверить наличие алгоритма, включая порядок взаимодействия с органами внутренних дел, МЧС, пожарной охраной т.д. |  |  |  |
| 6.2 | Оценить систему обучения персонала порядку действий при опасных ситуациях, проверить наличие плана проведения тренингов |  |  |  |
| 6.3 | Оценить эффективность обучения, опросить не менее 5-ти сотрудников на предмет знаний действий |  |  |  |
|  | Обеспечение беспрепятственного подъезда спецтранспорта | Обеспечение свободного подъезда спецтранспорта к приемным отделениям 24/7/365 | 7.1 | Проверить наличие свободного доступа спецтранспорта на территорию МО, к приемным отделениям |  |  |  |
| Организация доступа и парковки автомобилей сотрудников, пациентов и посетителей на ИЛИ за территорией МО | 7.2 | Проверить наличие парковки для автомобилей сотрудников, пациентов и посетителей |  |  |  |
|  | Система информационной безопасности. Обеспечение защиты персональных данных пациентов | Оформление информированного согласия на обработку персональных данных пациентов | 8.1 | Проверить наличие информированного согласия на обработку персональных данных пациентов (или его законного представителя) в не менее чем 10 ИБ в разных подразделениях МО |  |  |  |
| 8.2 | Опросить не менее 5 пациентов на предмет подтверждения взятия у них информированного согласия на обработку персональных данных |  |  |  |
| Ограничение доступа к информации, наличие списков сотрудников, допущенных круг лиц с доступом к информации, система безопасности при работе с документами) | 8.3 | Проверить наличие списка сотрудников, допущенных к обработке персональных данных |  |  |  |
| Хранение бумажных документов в недоступном для пациентов месте, ограниченный доступ для медицинских работников | 8.4 | Оценить систему хранения информации на бумажных носителях, включая архив, включая ограничение доступа, закрытые помещения, шкафы и т.д. |  |  |  |
| Ограничение доступа к электронным базам данных, документам и т.п. | 8.5 | Оценить систему хранения информации на электронных носителей, включая наличие специальных программ, системы паролей и т.д. |  |  |  |
| Регулярная Оценка системы информационной безопасности | 8.6 | Оценить порядок Оценки информационной безопасности:  Проверить наличие отчетов о результатах Оценки/регулярность проведения |  |  |  |
| 8.7 | Наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки |  |  |  |
| Наличие системы обучения персонала по вопросам информационной безопасности | 8.8 | Оценить систему обучения персонала по вопросам информационной безопасности, проверить наличие плана, программы, журналов (охват – 100% сотрудников) |  |  |  |
| 8.9 | Оценить качество обучения, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений МО на предмет знаний в соответствии с программой обучения |  |  |  |

Приложение 10

к Требованиям

к организации и проведению

внутреннего контроля

качества и безопасности

медицинской деятельности, утвержденному

Министерством здравоохранения

Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. №\_\_\_\_

Оценочный лист по направлению «Безопасности при организации ухода за пациентами, в том числе профилактики пролежней и падений»

| № | Группы показателей | Показатели | № | Порядок оценки показателей | Да | Нет | Примечания |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Наличие в МО системы профилактики падений | Наличие алгоритма профилактики падений пациента, включая систему оценки риска падений  Передача по дежурству пациентов высокого риска падений | Оценить внедрение комплекса мер по профилактике падений пациентов, включая: | |  |  |  |
| 1.1 | Проверить наличие алгоритма оценки риска падений пациентов, проверить наличие алгоритма во всех подразделениях МО |  |  |  |
| 1.2 | Проверить наличие системы идентификации пациентов с высоким риском падений в МО, проверить наличие специальных отметок на медицинской документации, табличек на кроватях, браслетов и т.п. |  |  |  |
| 1.3 | Оценить знания алгоритма персоналом, опросить не менее 5-ти сотрудников на предмет знания алгоритма, включая систему оценки риска падений |  |  |  |
|  | Организация помощи пациентам с высоким риском падений | Исполнение алгоритма персоналом, включая:   * Правильное определение риска падений * Размещение пациента с высоким риском падения ближе к сестринскому посту * Правильный выбор метода перевода пациента: на каталке, на кресле, пешком * Сопровождение квалифицированным персоналом * Исправность каталок, кроватей, кресел, включая наличие ограничителей | 2.1 | Оценить исполнение алгоритма персоналом методом наблюдения не менее 5-ти случаев, например, перевода пациентов из операционной, перевод в или из АРО, перевода на диагностику и т.д. |  |  |  |
|  | Безопасная планировка  отделения, палат, туалетов, душевых и ванных комнат с учетом риска падений | Безопасная планировка палат (с учетом риска падений):   * Двери в прямой видимости от кровати * Двери, открывающиеся наружу * Минимально необходимое количество мебели (в исправном состоянии, устойчивая) * Поручни, перила в душевых и ванных комнатах, туалетах | 3.1 | Оценить безопасность планировки палат для пациентов в разных подразделениях МО, например, послеоперационных, неврологических и т.д. |  |  |  |
|  | Оптимальный выбор напольного покрытия, стен | Выбор полового покрытия, особенно для мест с повышенной влажностью  Выбор контрастных цветов для пола и стен | 4.1 | Оценить безопасность полового покрытия, включая места с повышенной влажностью |  |  |  |
| Соблюдение правил безопасности при проведении влажной уборки (отсутствие луж, предупреждающие знаки «мокрый пол») | 4.2 | Оценить качество влажной уборки с точки зрения отсутствия луж, наличия знаков «скользкий пол» |  |  |  |
|  | Оптимальная организация освещения | Организация освещения в медицинских помещениях в соответствии с нормами (включая исключение бликов на полу) | 5.1 | Оценить организацию освещения |  |  |  |
| 5.2 | Проверить наличие ночников, индивидуального освещения в исправном состоянии в палатах |  |  |  |
|  | Безопасные кровати | Наличие кроватей с:   * возможностью изменения высоты * исправной тормозной системой * действующими ограничителями | 6.1 | Проверить наличие и исправность кроватей |  |  |  |
|  | Информирование пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики падения | Наличие информационных материалов для пациентов и персонала по вопросам профилактики падений | 7.1 | Проверить наличие информационных материалов по вопросам профилактики падений, например, постеров, памяток, брошюр |  |  |  |
| Информирование персоналом пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики падения, включая обучение методам профилактики | 7.2 | Оценить качество информирования пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики падений, обучения методам профилактики, опросить не менее 5-ти пациентов с высоким риском падений на предмет знания методов профилактики падений |  |  |  |
|  | Система регистрации и сбора информации о случаях падений пациентов | Наличие системы регистрации и сбора информации о случаях падения пациентов, с последующим анализом случаев, разработкой решений по профилактике падений | 8.1 | Проверить наличие системы регистрации и сбора информации о случаях падений, проверить наличие журнала, отчетов по результатам разбора случаев, принятых решениях |  |  |  |
|  | Организация ухода за лежачими больными | Наличие и исполнение алгоритма оценки риска, профилактики и лечения пролежней | 9.1 | Проверить наличие алгоритма оценки риска пролежней, профилактики и лечения |  |  |  |
| 9.2 | Оценить знания алгоритма персоналом, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений на предмет знания алгоритма, включая систему оценки риска пролежней |  |  |  |
| 9.3 | Проверить не менее 10 ИБ на предмет наличия оценки риска пролежней |  |  |  |
| 9.4 | Оценить исполнение алгоритма профилактики и лечения (при возможности) методом наблюдения не менее 5 случаев |  |  |  |
|  | Наличие специальных МИ для профилактики и лечения пролежней | Наличие противопролежневых матрасов, подушек, кругов и т.д. | 10.1 | Проверить наличие специальных МИ для профилактики и лечения пролежней |  |  |  |
|  | Система регистрации и сбора информации о случаях пролежней | Наличие системы регистрации и сбора информации о случаях пролежней пациентов, с последующим анализом случаев, разработкой решений по профилактике падений | 11.1 | Оценить систему регистрации и сбора информации о случаях пролежней, проверить наличие журнала, отчетов по результатам разбора случаев, принятых решениях |  |  |  |
|  | Информирование пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики, лечения пролежней | Наличие информационных материалов для пациентов и персонала по вопросам профилактики и лечения пролежней  Информирование персоналом пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики и лечения пролежней, включая обучение методам профилактики и лечения | 12.1 | Проверить наличие информационных материалов по вопросам профилактики пролежней, например, постеров, памяток, брошюр |  |  |  |
| 12.2 | Оценить качество информирования пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики пролежней, обучения методам профилактики и лечения, опросить не менее 5-ти пациентов с высоким риском пролежней (или с пролежнями) на предмет знания методов профилактики и лечения |  |  |  |

Показатели мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности по направлению «Безопасности при организации ухода за пациентами, в том числе профилактики пролежней и падений»

|  |  |
| --- | --- |
| **Количественные показатели** | **Расчет** |
| Количество пролежней | /1000 пациенто-дней |
| Количество переломов шейки бедра у пациентов | /1000 пациенто-дней |

Приложение 11

к Требованиям

к организации и проведению

внутреннего контроля

качества и безопасности

медицинской деятельности, утвержденному

Министерством здравоохранения

Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. №\_\_\_\_

Оценочный лист по направлению «Безопасность медицинской деятельности в амбулаторных условиях»

1. Организация профилактической работы и формирования здорового образа жизни среди населения

| № | Группы показателей | Показатели | № | Порядок оценки показателей | Да | Нет | Примечания |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Организация работы профилактического отделения, мероприятий по формированию здорового образа жизни | Наличие приказов главного врача по организации профилактического отделения, организации мероприятий по формированию здорового образа жизни |  | Проверить наличие региональных приказов |  |  |  |
| Проверить наличие приказов главного врача на темы: | |  |  |  |
|  | Организация системы по формированию здорового образа жизни у пациентов |  |  |  |
|  | Организация работы отделения/кабинета медицинской профилактики, включая:  - организация «школ здоровья»;  - организация Центра здоровья;  - организация кабинета вакцинопрофилактики. |  |  |  |
| Наличие приказов о проведении вакцинации |  | Организация работы Центра медицинской профилактики (если применимо) |  |  |  |
|  | Организация проведения вакцинации, включая:  - наличие национального календаря от текущего года;  - наличие национального календаря от текущего года по эпидемиологическим показаниям;  - положение о маршрутизации вакцинации;  -наличие плана мероприятий МО вовлечения прикрепленного населения к проведению вакцинации на текущий год. |  |  |  |
| Наличие ответственных и комиссии по организации мероприятий по формированию здорового образа жизни |  | Наличие рабочей группы по организации мероприятий по формированию здорового образа жизни с указанием ответственных |  |  |  |
| Проведение регулярной Оценки мероприятий профилактики хронических неинфекционных заболеваний |  | Проверить наличие отчетов о результатах Оценки/регулярность проведения организации и осуществления профилактики хронических неинфекционных заболеваний  Проверить наличие планов по устранению недостатков/ответственные/сроки |  |  |  |
|  | Организация работы «Центра здоровья» | Наличие алгоритмов работы «Центра здоровья» |  | Наличие алгоритмов работы Центра здоровья по профилактике хронических неинфекционных заболеваний, формированию здорового образа жизни пациентов |  |  |  |
| Наличие системы информирования персонала |  | Оценить знания не менее 5 сотрудников разных подразделений на предмет наличия знаний о порядке направлений пациентов, специфике работы Центра здоровья |  |  |  |
|  | Оценить знания сотрудников «Центра здоровья» об алгоритмах работы, задачах и целях деятельности «Центра здоровья» |  |  |  |
|  | Оценить навыки сотрудников «Центра здоровья» по работе с медицинским оборудованием, попросив подготовить их к работе, методом прямого наблюдения оценить использование оборудования |  |  |  |
| Наличие системы информирования населения о работе Центра Здоровья |  | Оценить методом прямого наблюдения консультирование пациентов по формированию здорового образа жизни, профилактике обострений хронических заболеваний |  |  |  |
|  | Проверить наличие информационных материалов для пациентов по вопросам работы «Центров здоровья» во всех подразделениях МО, оценить их качество, в том числе соответствие клиническим рекомендациям |  |  |  |
|  | Оценить качество информирования пациентов, опросить не менее 10 пациентов, о работе Центра здоровья, о проведенных обследованиях и данных рекомендаций |  |  |  |
|  | Организация работы  по профилактике неинфекционных заболеваний | Наличие алгоритмов работы  по профилактике неинфекционных  заболеваний | 2.1. | Наличие плана мероприятий по профилактике неинфекционных мероприятий.  Оценить знания персонала из разных подразделений о плане, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений |  |  |  |
| Наличие оборудования | 2.2. | Наличие оборудования согласно стандартам оснащения кабинета/отделения медицинской профилактики |  |  |  |
| Наличие алгоритмов консультирования пациентов | 2.3.1. | Проверить не менее 10 АК на предмет полноты обследований. |  |  |  |
| 2.3.2. | Наличие алгоритмов консультирования пациентов, включая темы:  - ЗОЖ;  - профилактика неинфекционных заболеваний;  - другие. |  |  |  |
| Наличие знаний персонала об алгоритмах консультирования пациентов | 2.4. | Оценить знания алгоритмов консультирования пациентов, опросить не менее 5 сотрудников отделения медицинской профилактики/центра медицинской профилактики, в том числе:  - о проведении первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (инфарктов, инсультов);  - заболеваний, эпидемических значимых в конкретный период времени;  - методик по формированию здорового образа жизни, опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений;  -другие. |  |  |  |
| Информирование пациентов методам профилактики неинфекционных заболеваний, здорового образа жизни | 2.5.1. | Оценить методом прямого наблюдения консультирование пациентов по формированию здорового образа жизни, профилактике обострений хронических заболеваний, не менее 3-х случаев |  |  |  |
| 2.5.2. | Оценить качество информирования пациентов на предмет медицинской профилактики, формирования здорового образа жизни, опросить не менее 10 пациентов на предмет полученных знаний |  |  |  |
| 2.5.3. | Проверить наличие информационных материалов для пациентов по вопросам профилактики хронических заболеваний во всех подразделениях МО, оценить их качество, в том числе соответствие клиническим рекомендациям, стандартам |  |  |  |
| Организация работы «школы пациентов» | 2.6.1. | Наличие планов обучения пациентов, графиков проведения, журналов обучения «школы пациентов» |  |  |  |
| 2.6.2. | Оценить наличие условий проведения «школы пациентов» на предмет удобств проведения, наличия расписания, наличия наглядной информацией, необходимой в процессе обучения |  |  |  |
| 2.6.3. | Оценить работу «школы пациента» методом прямого наблюдения, объем и полноту оказываемых информационных и консультативных услуг, или попросив персонал продемонстрировать методики проведения «школы пациентов» |  |  |  |
| 2.6.4. | Проверить не менее 10 АК, на предмет рекомендаций по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний |  |  |  |
|  | Организация проведения вакцино-профилактики | Наличие национальных календарей прививок | 3.1. | Проверить наличие в кабинетах доврачебного приема, вакцинопрофилактики, у участковых врачей, в отделении профилактики и т.д.:  - национального календаря прививок на текущий год;  - наличие национального календаря от текущего года по эпидемиологическим показаниям. |  |  |  |
| Наличие поименных списков пациентов, подлежащих вакцинации на участке | 3.2. | Проверить наличие списков пациентов, подлежащих вакцинации в текущем календарном году, не менее, чем на 2-х терапевтических участках |  |  |  |
| Наличие плана/алгоритма проведения вакцинации, информирования пациентов | 3.3. | Проверить:  -наличие плана/ алгоритма проведения вакцинации;  -наличие алгоритмов информирования пациентов. |  |  |  |
| Обучение/информирование персонала | 3.4.1. | Наличие плана обучения/информирования персонала о проведении вакцинации. |  |  |  |
| 3.4.2. | Опросить не менее 5 сотрудников разных подразделений на предмет знаний алгоритма проведения вакцинации, возможных побочных реакциях |  |  |  |
| 3.4.3. | Оценить знания персонала алгоритмов информирования пациентов о вакцинации, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений МО |  |  |  |
| Наличие информированного добровольного согласия пациентов | 3.5.1. | Проверить наличие информированного добровольного согласия не менее, чем в 10 АК |  |  |  |
| Наличие информационных материалов о вакцинации | 3.5.2. | Проверить наличие информационных материалов (буклеты, постеры) для пациентов по вопросам вакцинации во всех подразделениях МО, оценить их качество, в том числе соответствие рекомендациям, порядка проведения согласно приказу |  |  |  |
| Информирование пациентов о проведении вакцинации | 3.5.3. | Оценить качество информирования пациентов, опросить не менее 10 пациентов/их законных представителей на предмет информирования их персоналом о целях, порядке проведения вакцинации, в том числе о возможных побочных реакциях |  |  |  |

1. Оценочный лист по направлению «Организация работы регистратуры»

| № | Группы показателей | Показатели | № | Порядок оценки показателей | Да | Нет | Примечания |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Организация работы регистратуры | Наличие приказов главного врача по организации работы регистратуры в МО  Наличие ответственных за организацию работы регистратуры  Наличие рабочей группы по разработке и регулярному обновлению алгоритмов МО по организации работы регистратуры | Проверить наличие приказов главного врача: | |  |  |  |
| 1.1. | Организация работы регистратуры, включая единое положение об организации деятельности структурных подразделений регистратуры с приложениями (включая деятельность «стойки информации» / «фронт-офиса», «картохранилища», контакт-центра/ «call-центра»), и др., с указанием ответственных |  |  |  |
| 1.2. | Организация процесса управления потоком пациентов (маршрутизация пациентов) |  |  |  |
| 1.3. | Положение о работе дежурного администратора/заведующей регистратуры/старшего регистратора |  |  |  |
| 1.4. | Наличие инструкций/положения о взаимодействии работы регистратуры с кабинетом (отделением) неотложной помощи/ кабинетом дежурного врача |  |  |  |
| 1.5. | Организация работы кабинета доврачебного приема, включая должностную инструкцию медицинской сестры доврачебного кабинета |  |  |  |
| 1.6. | Организация работы «кабинета выдачи справок и направлений» (по применимости, например, для детских поликлиник) |  |  |  |
| 1.7. | Порядок систематизированного хранения медицинской документации и доставки первичной медицинской документации в кабинеты приема врачей-специалистов/врачей-терапевтов, врачей-педиатров |  |  |  |
| 1.8. | Порядок прикрепления пациентов к медицинской организации |  |  |  |
| 1.9. | Порядок предварительной записи больных на прием к врачу |  |  |  |
| 1.10. | Порядок оформления листков (справок) временной нетрудоспособности, их учета и регистрации |  |  |  |
| 1.11. | Порядок приема и регистрации вызовов на дому |  |  |  |
| 1.12. | Порядок взаимодействия сотрудников регистратуры с пациентами, включая порядок действий в случае конфликтных ситуаций |  |  |  |
| 1.13. | Положение о рабочей группе/группах, порядок разработки и обновления алгоритмов МО |  |  |  |
| Проведение регулярной Оценки работы регистратуры/медицинского поста/кабинета выдачи направлений и справок/ кабинета дежурного врача | 1.14. | Проверить наличие отчетов о результатах Оценки/регулярность проведения, наличие планов по устранению недостатков/ответственные/сроки |  |  |  |
|  | Управление потоками пациентов | Наличие алгоритмов МО регулирования потоками пациентов | Проверить наличие алгоритмов в МО: | |  |  |  |
| 2.1. | Алгоритм первичного обращения пациента в МО |  |  |  |
| 2.2. | Распределение потоков пациентов, требующих оказания плановой и неотложной/экстренной медицинской помощи, включая критерии для направления пациентов:   * к участковому врачу-терапевту/педиатру, врачу общей(семейной) практики; * к врачу-специалисту, к которому разрешена самозапись; * в кабинет (отделение) неотложной помощи/ в кабинет к дежурному врачу; * в «доврачебный кабинет»/ на медицинский пост; * отделение медицинской профилактики, включая: Центр здоровья, кабинет вакцинопрофилактики; * «кабинет здорового ребенка» (применимо к ДГП); * «кабинет выдачи справок и направлений» (применимо к ДГП); * диспансеризация, профилактические и периодические осмотры * в другие МО |  |  |  |
| Наличие алгоритмов маршрутизации пациентов в особых случаях (например, эпидемиях инфекционных заболеваний) | 2.3. | Проверить наличие алгоритмов маршрутизации пациентов в период эпидемий гриппа/ОРВИ, других инфекционных заболеваний |  |  |  |
| Наличие порядка (алгоритмов) записи и отмены записи пациентов на прием | 2.4. | Наличие алгоритмов предварительной записи на прием к врачам при обращении пациентов:   * при непосредственном обращении в поликлинику; * по телефону; * через медицинскую информационную систему |  |  |  |
| 2.5. | Наличие алгоритма уведомления пациента об отмене приема по инициативе МО |  |  |  |
| Организация работы контакт-центра/ «call - центра» \* | 2.6. | Наличие алгоритмов работы сотрудников регистратуры (контакт-центра/ «call-центра»), осуществляющих прием звонков:   * первичная сортировка (вызов врача или фельдшера, направление на прием к врачу); * оформление и передача вызовов в кабинет/отделение неотложной помощи; участковому врачу; * маршрутизация в другие учреждения; * сбор информации о пациенте |  |  |  |
| 2.7. | Оценить знания персонала регистратуры (включая сотрудников контакт-центра/ «call - центра» \*, опросить не менее 5 сотрудников, на предмет знания алгоритмов, включая:   * обращение пациентов (при личном обращении, по телефону); * маршрутизация пациентов; * критерии для направления пациентов в разные структурные подразделения внутри МО; * работы в информационной системе |  |  |  |
| Наличие обучения персонала управлению потоками пациентов, информированию пациентов | 2.8. | Оценить методом прямого наблюдения систему предоставления информации и управления потоками пациентов:   * при личном обращении пациентов; * по телефону; * при необходимости использования информационной системы. |  |  |  |
| Проведение регулярной Оценки работы регистратуры | 2.9. | Оценить проведение обучения персонала, проверить наличие планов, журналов обучения (100 % охват) и т.д. |  |  |  |
| 2.10. | Проверить наличие отчетов, регулярность проведения Оценки работы регистратуры, проверить наличие планов по устранению недостатков |  |  |  |
|  | Медицинская информационная система | Наличие программного обеспечения | 3.1. | Проверить наличие информационной системы, позволяющей проводить, в том числе запись к врачу, дневников наблюдения, выписку ЛП, выписку листков нетрудоспособности |  |  |  |
| Наличие необходимого оборудования (рабочих мест – АРМ) в расчетном количестве | 3.2. | Проверить наличие оборудования в расчетных количествах, проверить исправность на не менее 5-ти АРМ в разных подразделениях МО |  |  |  |
| Наличие технической поддержки, включая регулярность планового обслуживания и помощь при сбоях в работе системы | 3.3. | Проверить наличие договора с организациями, обеспечивающими техническое сопровождение, |  |  |  |
| 3.4. | Проверить наличие алгоритма взаимодействия в случае сбоев в работе информационной системы, оценить эффективность, включая скорость оказания технической помощи |  |  |  |
| Наличие инструкций для медицинских работников работы в МИС | 3.5. | Проверить наличие инструкции/памятки работы в информационной системе |  |  |  |
| Обучение медицинских сотрудников работе в МИС | 3.6. | Оценить программы обучения работы в информационной системе, включая наличие договоров на обучение со сторонними организациями, планов/ журналов обучения (100% охват) |  |  |  |
| 3.7. | Оценить знания и навыки персонала работы в МИС, опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений |  |  |  |
|  | Информирование пациентов с целью получения информации работе МО, медицинских услугах, оказываемых в данной МО и других МО региона | Наличие информационных материалов для пациентов | 4.1. | Проверить наличие информационных материалов об оказываемых медицинских услугах для пациентов в различных подразделениях, включая: информационные стенды, постеры, брошюры и др. |  |  |  |
| 4.2. | Проверить наличие информационных материалов, в том числе наглядных об организации работы МО, включая графики работы, часы приема администрации, регистратуры, кабинета неотложной помощи/кабинета дежурного врача, «медицинского поста» и др. |  |  |  |
| 4.3. | Оценить удобство, простоту и эффективность системы навигации в МО (указателей/ «меток» расположения подразделений регистратуры и др. подразделений), опросить не менее 5-ти пациентов |  |  |  |
|  | Учет,  хранение,  оформление  медицинской  документации | Наличие алгоритмов учета, хранения, оформления медицинской документации в бумажном и электронном видах | 5.1. | Проверить наличие алгоритмов хранения, оформления и учета, медицинской документации (АК) |  |  |  |
| 5.2. | Оценить знания персонала алгоритмов по учету, хранению, оформлению медицинской документации, опросить не менее 2-х сотрудников регистратуры |  |  |  |
| 5.3. | Оценить методом прямого наблюдения процесс учета, систему хранения, процесс оформления медицинской документации, не менее 5-ти случаев |  |  |  |
| 5.4. | Проверить не менее 10 АК на предмет качества и полноты оформления медицинской документации персоналом регистратуры |  |  |  |
| Наличие алгоритмов «движения» амбулаторных карт внутри МО | 5.5. | Оценить знания персонала алгоритмов «движения» АК внутри МО (подбор и доставку АК на прием к врачам, возврат АК в картохранилище /регистратуру), опросить не менее 2-х сотрудников регистратуры |  |  |  |
| 5.6. | Оценить методом прямого наблюдения процесс «движения» амбулаторных карт, не менее 5-ти случаев |  |  |  |
|  | Оформление медицинской документации, включая  листки временной нетрудоспособности, справки и др. | Наличие алгоритма оформления листков (справок) временной нетрудоспособности, их учета и регистрации по установленной форме | 6.1. | Проверить наличие алгоритмов оформления листков нетрудоспособности, журналов учета и регистрации формы 035/у, 036/у, 086-2/у |  |  |  |
| Информирование/обучение персонала | 6.2. | Оценить знания персонала о порядке оформления листков временной нетрудоспособности, их учета и регистрации по установленной форме, опросить не менее 2-х сотрудников регистратуры |  |  |  |
| 6.3. | Проверить наличие алгоритмов оформления справок и иной медицинской документации |  |  |  |
| Наличие алгоритмов оформления справок и другой медицинской документации | 6.4. | Оценить знания персонала о порядке оформления (заверения) справок, заключений и другой медицинской документации, опросить не менее 2-х сотрудников регистратуры и 2-х медсестёр других подразделений |  |  |  |
| 6.5. | Оценить методом прямого наблюдения процесс оформления листков временной нетрудоспособности, их регистрации по установленной форме, справок и иной медицинской документации медицинскими регистраторами |  |  |  |
|  | Организация работы  кабинета дежурного врача, кабинета  (отделения)  неотложной помощи | Рациональность расположения кабинета неотложной помощи/ кабинета дежурного врача. | 7.1. | Оценить рациональность расположения, в том числе:   * расположение на 1 этаже; * система навигации (метки/указатели расположения); * с другими кабинетами (расположение на значительном удалении от кабинетов: кабинета профилактики, кабинетов «Здорового пациента») |  |  |  |
| Наличие алгоритмов работы кабинета неотложной помощи/кабинета дежурного врача | 7.2. | Проверить наличие алгоритмов направления к дежурному врачу/в кабинет (отделение) неотложной помощи |  |  |  |
| Наличие знаний медицинского персонала о работе кабинета неотложной помощи/дежурного врача | 7.3. | Оценить знания медицинского персонала, опросить не менее 5 сотрудников (включая регистраторов, дежурных администраторов, медицинских сестер «медицинского поста») о показаниях к направлению на приём к дежурному врачу |  |  |  |
| Исполнение алгоритмов работы кабинета неотложной помощи/кабинета дежурного врача | 7.4. | Оценить методом прямого наблюдения организацию приема дежурным врачом на предмет:   * Соответствия направления пациентов на прием к дежурному врачу, а именно: * Наличие талона на прием к дежурному врачу; * Наличие медицинской документации (амбулаторной карты, а также результатов лабораторно-диагностического) пациента, записанного к врачу в кабинет дежурного врача |  |  |  |
|  | Организация «Кабинета выдачи и справок и направлений» (ДТП) | Оценить рациональность расположения «Кабинета выдачи справок и направлений» | 8.1. | Оценить доступность (расположение на 1 этаже, система навигации (метки/указатели расположения)  Оценить рациональную совместимость с другими кабинетами (расположение на значительном удалении от «Кабинета дежурного врача») |  |  |  |
| 8.2. | Наличие инструкций/ положений о задачах «кабинета выдачи справок и направлений», доступных для ознакомления медицинским работникам, в том числе для «кабинета выдачи справок и направлений» |  |  |  |
| 8.3. | Оценить знания медицинского персонала, опросить не менее 5 сотрудников, о графике работы, задачах, показаниях к направлению в «кабинет выдачи справок направлений» |  |  |  |
| 8.4. | Оценить знания медицинского персонала «кабинета выдачи справок и направлений», в том числе:  - о задачах, требованиях, должностных обязанностях |  |  |  |
| 8.5. | Оценить методом наблюдения работу «кабинета выдачи справок и направлений» на предмет:   1. соответствия направлений пациентов другими сотрудниками в «кабинет выдачи справок и направлений» 2. соответствие полного объема услуг согласно функциям «кабинета выдачи справок и направлений» 3. наличие полного перечня медицинских бланков/направлений |  |  |  |
|  | Эффективная коммуникация медицинского персонала регистратуры  с пациентами | Наличие алгоритмов эффективной коммуникации | 9.1. | Проверить наличие алгоритмов взаимодействия сотрудников регистратуры с пациентами, включая порядок действий в случае конфликтных ситуаций, жалоб, а именно:   * по телефону; * при личном обращении; * порядок действий в случае конфликтных ситуаций |  |  |  |
|  |  | Обучение персонала | 9.2. | Оценить знания алгоритмов персонала, путем опроса не менее 5 сотрудников  Оценить систему обучения персонала навыкам эффективной коммуникации с пациентами, алгоритмов разрешения конфликтных ситуаций, проверить наличие плана обучения, положение об ответственных за тренинги. |  |  |  |
|  |  | Исполнение алгоритмов коммуникации медицинского персонала на практике | 9.3. | Оценить методом наблюдения коммуникацию медицинского персонала и пациентов на предмет соблюдение алгоритмов коммуникации, соблюдение этики и деонтологии, проверить не менее 3-х случаев |  |  |  |

1. Оценочный лист по направлению «Диспансеризация прикрепленного населения»

| № | Группы показателей | Показатели | № | Порядок оценки показателей | Да | Нет | Примечания |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Организация проведения диспансеризации | Наличие приказов главного врача по организации диспансеризации | Проверить наличие приказов главного врача/темы: | |  |  |  |
| Наличие ответственных и комиссии по организации  проведения диспансеризации | 1.1. | Организация проведения диспансеризации работающих и неработающих граждан, студентов очной формы обучения с указанием ответственных лиц |  |  |  |
| 1.2. | Положение о маршрутизации этапов диспансеризации |  |  |  |
| 1.3. | Положение о проведении этапов диспансеризации с указанием ответственных лиц |  |  |  |
| 1.4. | Наличие договоров/внутреннего приказа о сотрудничестве с другими медицинским организациями в случае отсутствия лицензии МО на осуществление отдельных видов услуг, необходимых для проведения диспансеризации |  |  |  |
| 1.5. | Организация работы отделения (кабинета) медицинской профилактики в рамках диспансеризации |  |  |  |
| 1.6. | Организация диспансеризации инвалидов ВОВ, участников ВОВ, узников концлагерей, «Жителей блокадного Ленинграда» |  |  |  |
| 1.7. | Организация профилактических/периодических осмотров |  |  |  |
| 1.8. | Порядок ведения пациентов разных групп здоровья, разных диспансерных групп |  |  |  |
| 1.9. | Организация «школ здоровья» с указанием матрицы ответственных лиц |  |  |  |
| 1.10. | Проведение диспансеризации мобильными медицинскими бригадами (если применимо) |  |  |  |
| Организация проведения осмотров в детских медицинских организациях амбулаторно-поликлинического звена | 1.11. | Порядок проведения предварительных осмотров несовершеннолетних (применимо для ДГП) |  |  |  |
| 1.12. | Порядок проведения профилактических осмотров несовершеннолетних (применимо для ДГП) |  |  |  |
| 1.13. | Порядок проведения периодических осмотров несовершеннолетних |  |  |  |
| 1.14. | Порядок проведения осмотров несовершеннолетних детей-инвалидов |  |  |  |
| Проведение регулярной Оценки проведения диспансеризации | 1.15. | Проверить регулярность проведения Оценки, наличие отчетов о результатах Оценки  Проверить наличие планов по устранению недостатков/ответственные/сроки |  |  |  |
|  | Система информирования пациентов | Наличие информационных материалов для пациентов по вопросам диспансеризации | 2.1. | Проверить наличие информационных материалов (информационных стендов, буклетов, постеров) для пациентов по вопросам диспансеризации во всех подразделениях МО, оценить их качество, в том числе соответствие рекомендациям, порядка проведения согласно нормативным актам |  |  |  |
| Наличие информированного согласия на проведение диспансеризации | 2.2. | Проверить наличие информированного согласия на проведение диспансеризации, проверить не менее 10 АК |  |  |  |
| Информирование пациентов по  вопросам диспансеризации | 2.3. | Наличие оформленного отказа в случае отказа от проведения диспансеризации или от отдельных видов медицинских вмешательств |  |  |  |
| 2.4. | Оценить качество информирования пациентов, опросить не менее 10 пациентов на предмет информирования их персоналом о порядке, целях диспансеризации |  |  |  |
|  | Активное вовлечение пациентов  в диспансеризацию участковым врачом/врачом общей практики | Наличие плана информирования | 3.1. | Проверить наличие плана информирования о диспансеризации населения с целью активного привлечения пациентов на не менее 2 терапевтических участках |  |  |  |
| Наличие алгоритмов вовлечения пациентов | 3.2. | Проверить наличие алгоритма привлечения пациентов, включая: вопросы повышения мотивации пациентов к проведению диспансеризации, наличие памяток для пациентов |  |  |  |
| Наличие списков пациентов, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году | 3.3. | Проверить наличие списков пациентов, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году на не менее 2 терапевтических участках |  |  |  |
| Наличие системы информирования пациентов о проведении диспансеризации | 3.4. | Оценить качество вовлечения пациентов на врачебном участке в процесс диспансеризации, опросить не менее 5-ти пациентов с каждого участка, не менее 10 пациентов, явившихся на диспансеризацию |  |  |  |
|  | Обучение медицинского персонала  порядкам  проведения диспансеризации | Наличие планов обучения, тренингов | 4.1. | Проверить наличие планов обучения,  тренингов/ конференций по вопросам диспансеризации |  |  |  |
| Наличие и исполнение алгоритмов по порядку проведения диспансеризации | 4.2. | Проверить наличие алгоритмов порядка проведения диспансеризации |  |  |  |
| 4.3. | Оценить знания персонала алгоритмов по методикам привлечения пациентов, порядка проведения, объемов обследований и их последовательности,  опросить не менее 10 сотрудников из разных подразделений |  |  |  |
|  | Выполнение доврачебных медицинских исследований первого этапа диспансеризации | Наличие проведения анкетирования, необходимого объема исследований | 5.1. | Проверить не менее 10 ИБ в разных подразделениях МО на предмет наличия заполненных анкет |  |  |  |
| 5.2. | Проверить не менее 10 ИБ в разных подразделениях МО на предмет наличия выполненных исследований, включая: |  |  |  |
| 5.3. | Антропометрии |  |  |  |
| 5.4. | Определения индекса массы тела |  |  |  |
| 5.5. | Измерения артериального давления |  |  |  |
| 5.6. | Определение уровня общего холестерина |  |  |  |
| 5.7. | Определение уровня глюкозы |  |  |  |
| 5.8. | Измерения внутриглазного давления бесконтактным методом |  |  |  |
| 5.9. | Взятие мазка с шейки матки и цервикального  канала (при наличии необходимого оборудования) |  |  |  |
| Проведение исследований 1 этапа диспансеризации | 5.10. | Проверить не менее 10 карт учета диспансеризации на предмет соответствия полного объема необходимых результатов анализов/исследований, включая: |  |  |  |
| 5.11. | Флюорографию легких |  |  |  |
| 5.12. | Электрокардиографию в покое |  |  |  |
| 5.13. | Маммографию (для женщин старше 39 лет) |  |  |  |
| 5.14. | Исследование внутриглазного дна для граждан в возрасте от 39 лет и старше |  |  |  |
| 5.15. | Клинический анализ крови или клинический анализ крови, развернутый для граждан в возрасте от 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет |  |  |  |
| 5.16. | Биохимический анализ крови для граждан в возрасте от 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет (в объеме не менее определения уровня креатинина, общего билирубина, АСТ, АЛТ, глюкозы, холестерина) |  |  |  |
| 5.17. | Общий анализ мочи |  |  |  |
| 5.18. | Исследование кала на скрытую кровь для граждан в возрасте от 48 лет до 75 лет |  |  |  |
| 5.19. | УЗИ органов брюшной полости и малого таза для граждан в возрасте от 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет |  |  |  |
|  | Проведение  1 этапа диспансеризации | Определение сердечно-сосудистого риска у пациентов | 6.1. | Оценить знания персонала оценки суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 21 до 39 лет и абсолютного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 40 до 65 лет, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений МО |  |  |  |
| 6.2. | Проверить не менее 10 АК в МО на предмет наличия определения сердечно-сосудистого риска |  |  |  |
| Определение группы здоровья, группы диспансерного наблюдения | 6.3. | Наличие алгоритмов определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения |  |  |  |
| 6.4. | Проверить не менее 10 АК в МО на предмет соответствия определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения состоянию здоровья пациента |  |  |  |
| Проведение краткого профилактического консультирования | 6.5. | Проверить наличие алгоритмов краткого профилактического консультирования |  |  |  |
| 6.6. | Оценить знания персоналом алгоритмов краткого профилактического консультирования, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений МО |  |  |  |
| 6.7. | Оценить качество информирования пациентов, опросить не менее 10 пациентов на предмет информирования при проведении краткого профилактического консультирования |  |  |  |
|  | Проведение  2 этапа диспансеризации | Проведение дополнительного обследования в рамках  2 этапа | 7.1. | Наличие перечня возможного объема дополнительных исследований при наличии показаний для проведения 2 этапа диспансеризации |  |  |  |
| 7.2. | Оценить знания персоналом перечня дополнительных исследований 2 этапа диспансеризации при наличии показаний, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений МО |  |  |  |
| 7.3. | Проверить не менее 10 АК в МО на предмет соответствия показаний направлению на 2 этап диспансеризации и проведению необходимого объема дополнительных обследований |  |  |  |
| 7.4. | Проверить не менее 10 АК в МО на предмет проведения углубленного профилактического консультирования |  |  |  |
| Проведение углубленного профилактического консультирования  Проведение группового профилактического консультирования  («Школы пациентов») | 7.5. | Оценить качество информирования пациентов, опросить не менее 10 пациентов на предмет получения рекомендаций по состоянию здоровья при проведении углубленного профилактического консультирования |  |  |  |
| 7.6. | Проверить наличие программы, плана проведения «Школы здоровья» |  |  |  |
| 7.7. | Оценить качество информирования пациентов, опросить не менее 10 пациентов на предмет получения рекомендаций по состоянию здоровья при проведении группового профилактического консультирования |  |  |  |
|  | Обеспечение  проведения исследований | Проведение объема исследований в ходе 1 этапа диспансеризации | Проверить наличие оборудования для проведения 1 этапа диспансеризации, включая: | |  |  |  |
| 8.1. | Весов, ростомеров |  |  |  |
| 8.2. | Аппарат для измерения бесконтактным методом внутриглазного давления |  |  |  |
| 8.3. | Анализаторы для получения клинических анализов, в том числе развернутых анализов крови, мочи, кала (на скрытую кровь), биохимического анализа, в том числе для экспресс-анализа холестерина, глюкозы |  |  |  |
| 8.4. | Электрокардиографа, УЗИ-аппаратов, флюрографа, маммографа. |  |  |  |
| Проведение объема обследований в ходе 2 этапа диспансеризации | Проверить наличие оборудования, наличие специалистов для проведения 2 этапа диспансеризации, включая: | |  |  |  |
| 8.5. | Дуплексное сканирование брахицефальных артерий; |  |  |  |
| 8.6. | Эзофагогастродуоденоскопия; |  |  |  |
| 8.7. | Колоноскопия/ректороманоскопия |  |  |  |
| 8.8. | Липидный спектр/анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена, концентрация гликированного гемоглобина или тест на толерантность |  |  |  |
| 8.9. | Спирометрия |  |  |  |
| 8.10. | Консультация невролога, офтальмолога, уролога, хирурга, оториноларинголога |  |  |  |
| Наличие проведения обследований в рамках диспансеризации с помощью сторонней организации | 8.11. | Методом наблюдения оценить организацию взаимодействия со сторонней организации в рамках процесса диспансеризации |  |  |  |
|  | Организация проведения  профилактических/ периодических, предварительных осмотров несовершеннолетних (применимо  для ДГП) | Наличие календарного плана проведения профилактических осмотров | 9.1. | Проверить наличие календарного плана осмотров, уточнить наличие следующей информации в плане: указания дат и мест проведения, необходимого количества осмотров врачами-специалистами (с указанием должностей и ФИО), лабораторных, инструментальных исследований, количество несовершеннолетних по каждой возрастной группе) |  |  |  |
| Наличие поименных списков пациентов, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году | 9.2. | Проверить наличие поименных списков пациентов, согласно каждой возрастной категории |  |  |  |
| Наличие и исполнение алгоритмов проведения осмотров | 9.3. | Проверить наличие алгоритмов проведения осмотров, с перечнем обследований и осмотров специалистов |  |  |  |
| Наличие алгоритмов и исполнение по определению группы состояния здоровья, медицинской группы для занятий физической культурой. | 9.4. | Проверить наличие алгоритмов по определению групп состояния здоровья, медицинской группы для занятий физической культурой |  |  |  |
| 9.5. | Оценить знания персонала алгоритмов проведения осмотра, перечня необходимых лабораторных, инструментальных обследований, определения группы здоровья, медицинской группы здоровья для занятий физической культурой, опросить не менее 10 сотрудников из разных подразделений |  |  |  |
| 9.6. | Методом наблюдения оценить организацию проведения осмотров (с уточнением числа несовершеннолетних по каждой возрастной группе, общую численность), включая качество осмотра, полноту необходимых обследований, проводимых консультаций |  |  |  |
| 9.7. | Проверить не менее 10 АК, учетных форм № 30-ПО/У в МО на предмет полноты проведенных исследований, качества проведенных осмотров, наличия:   * данных анамнеза, * объективных данных, * результатов обследования, * диагноза заболевания, * оценка физического развития, * соответствие группы состояния здоровья диагнозу, * при предварительных осмотрах проверить наличие заявление на осмотр от несовершеннолетнего (его законного представителя); * и другое |  |  |  |
| 9.8. | Проверить не менее 10 АК, соответствующих учетных форм 086 У на предмет соответствия показаний к обучению в ВУЗе и заключения о состоянии здоровья, наличие прививочной карты |  |  |  |
| Информирование несовершеннолетних пациентов, и их законных представителей | 9.9. | Проверить наличие алгоритмов информирования пациентов о проведении осмотров с указанием перечня осмотров врачами-специалистами и исследований, алгоритмов получения результатов о проведённых профилактических осмотрах |  |  |  |
| 9.10. | Оценить качество информирования несовершеннолетних пациентов и их законных представителей, опросить не менее 10 пациентов/их законных представителей на предмет:   * получения направлений с указанием перечня осмотров врачами-специалистами и исследований на профилактический осмотр; * информирование о результатах/заключения профилактического осмотра, получения карты осмотра |  |  |  |
|  | Организация проведения осмотров детей-инвалидов | Наличие и исполнение алгоритмов проведения осмотров детей-инвалидов | 10.1. | Проверить наличие алгоритмов проведения осмотров детей-инвалидов |  |  |  |
| 10.2. | Методом наблюдения оценить организацию проведения осмотров (отдельно выделенный день, с уточнением числа несовершеннолетних по каждой возрастной группе, общую численность), включая качество осмотра, полноту необходимых обследований, проводимых консультаций |  |  |  |

1. Оценочный лист по направлению «Диспансерное наблюдение за хроническими больными»

| № | Группы показателей | Показатели | № | Порядок оценки показателей | Да | Нет | Примечания |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Организация динамического наблюдения  за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями | Наличие приказов главного врача по организации динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями | Проверить наличие приказов главного врача/темы: | |  |  |  |
| 1.1 | Организация динамического наблюдения  за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями, включая положение об ответственных и комиссии |  |  |  |
| 1.2 | Организация динамического наблюдения  за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями на дому |  |  |  |
| Наличие рабочей группы по разработке и обновлению алгоритмов МО по организации динамического наблюдения | 1.3 | Наличие рабочей группы по разработке и регулярному обновлению алгоритмов/схем МО наблюдения за хроническими больными |  |  |  |
| Регулярная Оценка системы наблюдения за хроническими больными | 1.4 | Проверить регулярность проведения Оценки, наличие отчетов о результатах Оценки  Проверить наличие планов по устранению недостатков/ответственные/сроки |  |  |  |
|  | Динамическое  наблюдение  за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями | Наличие перечня нозологий для постановки пациентов на учет врачами-терапевтами, врачами-специалистами | 2.1 | Проверить наличие перечня нозологий, определяющего согласно нормативным актам, постановку пациентов на учет, у не менее 5 специалистов разного профиля |  |  |  |
| Наличие плана-графика, поименного списка | 2.2 | Проверить наличие на каждом терапевтическом участке календарного именного плана-графика, поименного списка пациентов, нуждающихся в динамическом наблюдении |  |  |  |
| Наличие и исполнение алгоритмов динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями | 2.3 | Проверить наличие разных типов алгоритмов динамического наблюдения за пациентами, в зависимости от хронического заболевания(нозоологии).  Проверить наличие алгоритмов ведения пациентов, принимающих следующие группы препаратов:   * прямые антикоагулянты (варфарин и т.д.); * инсулин; * иммунодепрессанты; * амиодарон; * другие |  |  |  |
| 2.4 | Оценить знания персонала об алгоритмах динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями в зависимости от формы нозоологии |  |  |  |
| 2.5 | Проверить не менее 10 АК (включая контрольные карты диспансеризации (формы 030 У, учетной формы 025-12/у), пациентов, находящихся на учете на предмет соответствия алгоритмам наблюдения |  |  |  |
| Информирование пациентов по вопросам динамического наблюдения | 2.6 | Оценить качество информирования пациентов и их сопровождающих о порядках динамического наблюдения, о плане обследований, данных рекомендациях, опросить не менее 10 пациентов/или их родственников на предмет соответствия алгоритмам наблюдения, качестве данных рекомендаций |  |  |  |
|  | Динамическое  наблюдение  за маломобильными  («надомными») хроническими больными | Наличие плана-графика, поименного списка | 3.1 | Проверить наличие на каждом терапевтическом участке поименного списка маломобильных больных, календарного именного плана-графика |  |  |  |
| Наличие и исполнение алгоритмов динамического наблюдения  за маломобильными пациентами, страдающими хроническими заболеваниями | 3.2 | Наличие алгоритмов динамического наблюдения за маломобильными пациентами |  |  |  |
| 3.3 | Оценить знания персонала алгоритмов динамического наблюдения за маломобильными пациентами, страдающими хроническими заболеваниями на дому |  |  |  |
| 3.4 | Проверить не менее 10 АК, на предмет объема, полноты проведенных обследований, кратности консультаций в рамках диспансерного наблюдения на дому |  |  |  |
| Информирование маломобильных пациентов и/или их родственников по вопросам динамического наблюдения | 3.5 | Оценить качество информирования пациентов и/или их родственников о порядках динамического наблюдения на дому, индивидуальном плане обследований, консультаций, опросить не менее 5 пациентов/или их родственников на предмет объема и полноты проводимых обследований, консультаций |  |  |  |

Показатели мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности по направлению «Диспансерное наблюдение за хроническими больными»

|  |  |
| --- | --- |
| **Количественные показатели** | **Расчет** |
| Охват диспансерным наблюдением больных данной нозологической формой на 1 терапевтическом участке | 100 % |
| Своевременность охвата диспансерным наблюдением вновь выявленных больных | Динамика показателей по сравнению с прошлым годом |
| Процент госпитализированных диспансерных больных | Динамика показателей по сравнению с прошлым годом |
| Удельный вес больных, имевших обострение заболевания, по поводу которого осуществляется диспансерное наблюдение | Динамика показателей по сравнению с прошлым годом |
| Заболеваемость с временной утратой трудоспособности пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением (в случаях и днях) | Динамика показателей по сравнению с прошлым годом |
| Первичная инвалидность среди пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением | Динамика показателей по сравнению с прошлым годом |
| Летальность пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением | Динамика показателей по сравнению с прошлым годом |

1. Оценочный лист по направлению «Использование стационарзамещающих технологий»

| № | Группы показателей | Показатели | № | Порядок оценки показателей | Да | Нет | Примечания |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Организация работы дневного стационара, стационара «на дому» | Наличие приказов главного врача по организации работы дневного стационара в МО | Проверить наличие приказов главного врача по вопросам: | |  |  |  |
| 1.1 | Организация работы дневного стационара, включая:  положение об ответственных и комиссии |  |  |  |
| Наличие порядка организации «стационара на дому» | 1.2 | Порядок госпитализации в дневной стационар, в том числе:   * показания к госпитализации пациентов; * противопоказания к госпитализации пациентов |  |  |  |
| 1.3 | Порядок организации «стационара на дому», включая:  положение об ответственных |  |  |  |
| Проведение регулярной Оценки системы оказания помощи в дневном стационаре/ «стационаре на дому» | 1.4 | Проверить регулярность проведения, наличие отчетов о результатах Оценки  Проверить наличие планов по устранению недостатков/ответственные/сроки |  |  |  |
|  | Порядок отбора и направления пациентов  на госпитализацию | Наличие и исполнение алгоритмов по отбору и направлению пациентов на госпитализацию в дневной стационар  Наличие перечня показаний/противопоказаний для госпитализации в дневной стационар | 2.1 | Проверить наличие алгоритмов по отбору и порядку направления в дневной стационар во всех подразделениях МО, включая:   * показания к госпитализации пациентов; * противопоказания к госпитализации пациентов |  |  |  |
| 2.2 | Оценить знания персонала порядка госпитализации, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений |  |  |  |
| 2.3 | Оценить знания персонала о показаниях, противопоказаниях на госпитализацию, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений |  |  |  |
| 2.4 | Оценить исполнение алгоритма по отбору и направлению методом наблюдения, не менее 5 случаев поступления пациентов в дневной стационар |  |  |  |
| 2.5 | Проверить наличие журналов госпитализации/отказов госпитализации, их полноту, точность, аккуратность заполнения |  |  |  |
| 2.6 | Проверить не менее 10 ИБ на предмет соответствия алгоритмов отбора и направления пациентов с учетом показаний /противопоказаний для госпитализации |  |  |  |
|  | Ведение пациентов после проведения диагностических пункций | Наличие и исполнение алгоритмов по наблюдению пациентов после проведения диагностических пункций | 3.1 | Проверить наличие алгоритма наблюдения/ведения пациентов после проведения диагностических пункций в дневном стационаре |  |  |  |
| 3.2 | Оценить знания персонала алгоритма, опросить не менее 2-х сотрудников дневного стационара на предмет знания основных положений алгоритма после проведения диагностических пункций |  |  |  |
| 3.3 | Оценить исполнение алгоритма методом наблюдения не менее 5 случаев госпитализации пациентов после проведения диагностических пункций |  |  |  |
| 3.4 | Проверить не менее 10 ИБ на предмет оценки соблюдения алгоритма после проведения диагностических пункций |  |  |  |
|  | Организация  выписки пациентов  из дневного стационара | Наличие стандартных форм выписного эпикриза | 4.1 | Проверить не менее 5 ИБ на предмет наличия стандартных форм выписного эпикриза |  |  |  |
| Наличие и исполнение алгоритма передачи информации о проведенном лечении пациентов | 4.2 | Проверить наличие алгоритма передачи информации о пациенте, выписанном из дневного стационара |  |  |  |
| 4.3 | Оценить знания персонала, опросить не менее 2 сотрудников дневного стационара на предмет знания алгоритма передачи информации о пациенте |  |  |  |
| 4.4 | Оценить исполнение алгоритма методом наблюдения не менее 5 случаев выписки пациентов |  |  |  |
| Точное, полное и аккуратное ведение документации | 4.5 | Оценить точность, полноту (в том числе: наличие дальнейшего плана наблюдения в МО, лечения) и аккуратность оформления выписных/этапных эпикризов, проверить не менее 10 ИБ выписанных пациентов |  |  |  |
| Информирование/ консультирование пациентов при выписке,  включая обсуждение  плана дальнейшего лечения | 4.6 | Оценить качество консультирования, опросить не менее 5 пациентов, выписанных из дневного стационара МО, на предмет понимания пациентом плана дальнейшего лечения/реабилитации, данных рекомендаций |  |  |  |
|  | Организация медицинской помощи пациентам  «стационаров  на дому» | Наличие и исполнение алгоритмов наблюдения  за пациентами «стационаров  на дому» | 5.1 | Проверить наличие алгоритмов наблюдения за пациентами «стационаров на дому», включая:   * показания к организации «стационаров на дому»; * полнота/кратность обследований; * полнота/кратность осмотров на дому |  |  |  |
| Система обучения персонала  по вопросам организации «стационаров на дому» | 5.2 | Оценить систему обучения персонала по вопросам организации «стационаров на дому», проверить наличие планов обучения, журналов обучения (100% охват обучения), регулярность проведения |  |  |  |
| 5.3 | Оценить знания персонала алгоритма, опросить не менее 5 сотрудников терапевтических отделений на предмет знания основных положений алгоритма |  |  |  |
| 5.4 | Проверить не менее 10 АК на предмет оценки организации «стационаров на дому» и соблюдения алгоритма наблюдения пациентов |  |  |  |
|  | Информирование пациентов, «обратная связь» с пациентами | Информирование пациентов и их родственников о состоянии, диагнозе, методах диагностики, терапии, реабилитации в условиях дневного стационара, «стационара на дому» | 6.1 | Оценить качество информирования пациентов и их родственников о состоянии, диагнозе, методах диагностики, лечения, опросить не менее 5-ти пациентов и родственников, наблюдаемых в условиях дневного стационара, «стационара на дому» |  |  |  |