



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994,
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

Главным внештатным 17-2/2697 от 04.05.2022
специалистам
Министерства здравоохранения
(по списку)

04.05.2022 № 17-2/2697

На № _____ от _____

Уважаемые коллеги!

Департаментом организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Департамент) ранее направлено письмо от 24.03.2022 № 17-2/1610 о представлении предложений и замечаний в отношении проекта приказа Минздрава России «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»», разработанного ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России с учетом принципов Международной классификации медицинских вмешательств, предложенных Всемирной организацией здравоохранения (далее – проект приказа).

По состоянию на 04.05.2022 предложения и замечания к проекту приказа поступили от 35 главных внештатных специалистов Минздрава России.

В связи с вышеизложенным повторно просим в срок до **13.05.2022** представить позицию в отношении проекта приказа в ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России, в копии – в Департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России (в том числе по адресу электронной почты BadmaevaER@minzdrav.gov.ru).

Приложение:

1. Проект приказа на 498 л. в 1 экз.;
2. Список главных внештатных специалистов Минздрава России, не представивших свои позиции к 04.05.2022 на 3 л. в 1 экз.

Директор Департамента

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП,
хранится в системе электронного документооборота
Министерства Здравоохранения
Российской Федерации.

Е.В. Каракулина

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат: 01D755EEA1FA93D00000000CB00060002
Кому выдан: Каракулина Екатерина Валерьевна
Действителен с 31.05.2021 до 31.05.2022

Бадмаева Эржена Рабдановна +7(495)627-24-05

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ЦЕНТР ЭКСПЕРТИЗЫ И КОНТРОЛЯ
КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»
(ФГБУ «ЦЭКМП» Минздрава России)

Хохловский переулок, д. 10, стр. 5, г. Москва, 109028
тел: (495) 783-19-05, e-mail:office@rosmedex.ru

«10» марта 2022 г. № 01-03/10-114

на № _____ от _____

4

Директору Департамента
организации медицинской помощи
и санаторно-курортного дела
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Е.В. Каракулиной

Минздрав России



№2-46142 от 11.03.2022

Уважаемая Екатерина Валерьевна!

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Министерства здравоохранения Российской Федерации в соответствии с письмом Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России от 14.10.2021 №17-4/4696 направляет доработанный проект приказа Минздрава России «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», подготовленный с учетом предложений главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также с учетом критериев оценки качества медицинской помощи, включенных в клинические рекомендации, применяемые с 1 января 2022 г. в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 17.11.2021 № 1968 «Об утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6 - 9 и 11 статьи 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Приложение на 497 л. в 1 экз.

Генеральный директор



ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 0610c3d7061c3264544df978e3402f23adcf09093
Владелец Омеляновский Виталий Владимирович
Действителен с 28.07.2021 по 28.10.2022

В.В. Омеляновский

Федяева В.К.
8 (495) 783-19-05, доб. 150



Directum RX - 8979

ПРОЕКТ

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)**

ПРИКАЗ

« ____ » _____ г. № ____

**О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ, УТВЕРЖДЕННЫЕ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ОТ 10 МАЯ 2017 Г. № 203Н**

В соответствии с частью 2 статьи 64 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165) п р и к а з ы в а ю:

Внести изменения в Критерии оценки качества медицинской помощи, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2017 г. регистрационный № 46740), согласно приложению.

Министр

М.А. Мурашко

Приложение к приказу
 Министерства здравоохранения
 Российской Федерации
 от _____ 2022 г.
 № _____

Изменения, которые вносятся в Критерии оценки качества медицинской помощи, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. № 203н

1. В разделе II «Критерии оценки качества по условиям оказания медицинской помощи»:

а) в пункте 2.1:

подпункт «б» изложить в следующей редакции:

«б) первичный осмотр пациента:

оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в амбулаторной карте;»;

подпункты «г» и «д» изложить в следующей редакции:

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

д) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания и состояния пациента;»;

подпункт «ж» изложить в следующей редакции:

«ж) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных клиническими рекомендациями:

оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в амбулаторной карте;

установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения;

проведение при затруднении установления клинического диагноза консилиума врачей <3>, в том числе с использованием телемедицинских технологий, с внесением соответствующей записи в амбулаторную карту с подписью заведующего амбулаторно-поликлиническим отделением медицинской организации;

 <3> Статья 48 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 323-ФЗ) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).»

подпункт «и» изложить в следующей редакции:

«и) проведение коррекции плана обследования и плана лечения в динамике наблюдения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе клинических рекомендаций, в том числе с использованием телемедицинских технологий при взаимодействии медицинского работника с пациентом или его законным представителем;»;

подпункт «к» изложить в следующей редакции:

«к) назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с установленным порядком с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний <4>:

<4> Приказ Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации)

Федерации 30 ноября 2021 г. регистрационный № 66124) (далее – приказ Минздрава России № 1094н).

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

<5> В соответствии с пунктом 4.7 Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 502н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 июня 2012 г., регистрационный № 24516), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2013 г. № 886н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 декабря 2013 г., регистрационный № 30714).

наличие информированного добровольного согласия при назначении лекарственных препаратов для медицинского применения и применении медицинских изделий по решению врачебной комиссии медицинской организации;»;

подпункт «м» изложить в следующей редакции:

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

<7> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 марта 2019 г. № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 апреля 2019 г., регистрационный № 54513) и приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 мая 2019 г. № 302н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 июня 2019 г., регистрационный № 54887), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 октября 2020 г. № 1235н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 декабря 2020 г. регистрационный № 61289).

б) в пункте 2.2:

подпункт «а» изложить в следующей редакции:

«а) ведение медицинской документации - медицинской карты стационарного больного, истории родов, истории развития новорожденного (далее - стационарная карта):

заполнение всех разделов, предусмотренных стационарной картой;

наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;»;

подпункт «б» изложить в следующей редакции:

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

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

подпункт «з» изложить в следующей редакции:

«з) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных клиническими рекомендациями:

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

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

подпункт «и» изложить в следующей редакции:

«и) внесение в стационарную карту в случае особенностей течения заболевания, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований, соответствующей записи, заверенной подписью заведующего профильным отделением (дневным стационаром):

принятие решения о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной

медицинской организации консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в стационарную карту <10>;

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

<10> Статья 48 Федерального закона № 323-ФЗ.

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

подпункт «м» изложить в следующей редакции:

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

<11> Распоряжение Правительства Российской Федерации 12 октября 2019 г. № 2406-р (Собрание законодательства Российской Федерации 2019, № 42 (часть III), ст. 5979; 2020, № 18, ст. 2958; № 42, ст. 6692; № 48, ст. 7813; 2022, № 1 (часть IV), ст. 277).

<12> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2018 г. № 3053-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, № 2, ст. 196; № 41, ст. 5780; 2022, № 4, ст. 654).

осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другое профильное отделение внутри медицинской организации с принятием решения о переводе заведующими соответствующими структурными подразделениями (из которого переводится пациент и в которое переводится пациент) с внесением соответствующей записи в стационарную карту, а вне рабочего времени руководителей соответствующих отделений медицинской организации - непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением руководителей соответствующих отделений медицинской организации (из которого переводится пациент и в которое переводится пациент) с внесением соответствующей записи в стационарную карту;»;

подпункт «н» изложить в следующей редакции:

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

2. Раздел III «Критерии оценки качества по группам заболеваний (состояний)» изложить в следующей редакции:

«III. Критерии оценки качества по группам заболеваний (состояний)

3.1. Критерии оценки качества при некоторых инфекционных и паразитарных болезнях

3.1.1. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при сальмонеллезе (коды по МКБ - 10: A02)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный (при установлении диагноза, не позднее 20 мин от момента поступления в стационар)	Да/Нет

2.	Выполнен осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный (при установлении диагноза, до 30 минут от момента поступления в стационар, пациентам с наличием неотложных состояний)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный (при установлении диагноза, пациентам с наличием интенсивных болей в животе, гипотонии до 30 минут от момента поступления в стационар для исключения острой хирургической патологии и определений к переводу в хирургическое отделение)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (при установлении диагноза) (исследование уровня мочевины, креатинина, калия, натрия, общего билирубина в крови, определение активности аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы в крови)	Да/Нет
6.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при установлении диагноза при тяжелых и осложненных формах)	Да/Нет
7.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка на микроорганизмы рода сальмонелла (<i>Salmonella spp.</i>) (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование рвотных масс на микроорганизмы рода сальмонелла (<i>Salmonella spp.</i>) (при установлении диагноза при наличии рвоты)	Да/Нет
10.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование промывных вод желудка на микроорганизмы рода сальмонелла (<i>Salmonella spp.</i>) (при установлении диагноза при наличии рвоты)	Да/Нет
11.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на микроорганизмы рода сальмонелла (<i>Salmonella spp.</i>) (при установлении диагноза при тяжелых формах заболевания)	Да/Нет
12.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование почек или компьютерная томография органов брюшной полости или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза при тяжелых формах заболевания)	Да/Нет
13.	Проведено лечение антибактериальными препаратами для системного использования (производные нитрофурана, фторхинолоны, цефалоспорины), (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
14.	Проведена регидратационная терапия	Да/Нет
15.	Проведена диагностика (в течение 10 мин) и достигнута стабилизация состояния (6-8 часов) при токсико-инфекционном шоке, дегидратационном шоке	Да/Нет

16.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный (при установлении диагноза, не позднее 20 мин от момента поступления в стационар)	Да/Нет
17.	Проведена диагностика (в течение 10 мин) и достигнута стабилизация состояния (6-8 часов) при токсико-инфекционном шоке, дегидратационном шоке	Да/Нет

3.1.2.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при сальмонеллезе (коды по МКБ - 10: A02.0, A02.8, A02.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Проведена оценка степени дегидратации	Да/Нет
2.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование фекалий на микроорганизмы рода сальмонелла (<i>Salmonella</i> spp.) и/или микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка на микроорганизмы рода сальмонелла (<i>Salmonella</i> spp.) с определением чувствительности к антибактериальным препаратам	Да/Нет
3.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование фекалий на микроорганизмы рода шигелла (<i>Shigella</i> spp.) и/или микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка на микроорганизмы рода шигелла (<i>Shigella</i> spp.) с определением чувствительности к антибактериальным препаратам	Да/Нет
4.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка на диарогенные эшерихии (EHEC, EPEC, ETEC, EAgEC, EIEC)	Да/Нет
5.	И оральная регидратация, с использованием пероральных солевых составов для регидратации (в зависимости от возраста и типа дегидратации, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Назначена терапия адсорбирующими кишечными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Назначена терапия противодиарейными микроорганизмами (при гастроинтестинальном сальмонеллезе, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Назначена терапия противомикробными препаратами системного действия (при инвазивном течении сальмонеллеза средней степени тяжести и тяжелой степени тяжести, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.1.2.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при сальмонеллезе (коды по МКБ - 10: A02.0, A02.8, A02.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено измерение массы тела	Да/Нет
2.	Проведена оценка степени дегидратации	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование фекалий на микроорганизмы рода сальмонелла (<i>Salmonella</i> spp.) и/или микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка на микроорганизмы рода сальмонелла (<i>Salmonella</i> spp.) с определением чувствительности к антибактериальным препаратам	Да/Нет
5.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование фекалий на микроорганизмы рода шигелла (<i>Shigella</i> spp.) и/или микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка на микроорганизмы рода шигелла (<i>Shigella</i> spp.) с определением чувствительности к антибактериальным препаратам	Да/Нет
6.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка на диарогенные эшерихии (EHEC, EPEC, ETEC, EAgEC, EIEC)	Да/Нет
7.	Проведена оральная регидратация, с использованием пероральных солевых составов для регидратации (в зависимости от возраста и типа дегидратации, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена инфузионная терапия (при неэффективности пероральной регидратации, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Проведена терапия адсорбирующими кишечными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Проведена терапия противодиарейными микроорганизмами (при гастроинтестинальном сальмонеллезе, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Проведена терапия противомикробными препаратами системного действия (при инвазивном течении сальмонеллеза средней степени тяжести и тяжелой степени тяжести, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.1.3. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при кишечных инфекциях (коды по МКБ-10: A02.0; A02.2+; A02.8; A02.9; A03; A04; A05.0; A05.2; A05.3; A05.4; A05.8; A05.9; A08; A09)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено измерение массы тела	Да/Нет

2.	Выполнена оценка синдрома дегидратации по шкале Clinical Dehydration Scale	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнена оценка гематокрита	Да/Нет
5.	Выполнено бактериологическое исследование кала и/или определение бактерий в кале методом полимеразной цепной реакции и/или определение бактерий в кале серологическими методами	Да/Нет
6.	Выполнено определение вирусов в кале методом полимеразной цепной реакции и/или определение вирусов в кале серологическими методами	Да/Нет
7.	Выполнено микроскопическое исследование кала на простейшие	Да/Нет
8.	Выполнена оральная регидратация, с использованием глюкозо-солевых растворов (в зависимости от возраста и типа дегидратации)	Да/Нет
9.	Выполнен расчет объема инфузионной терапии в случае проведения инфузионной терапии	Да/Нет
10.	Выполнена терапия лекарственными препаратами группы кишечные адсорбенты	Да/Нет
11.	Проведена терапия противомикробными лекарственными препаратами (при инвазивных диареях средней степени тяжести и тяжелой степени тяжести заболевания и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Достигнута нормализация характера стула и кратности дефекации на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.4. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при септицемии (сепсисе) (коды по МКБ-10: A02.1; A39.2; A40; A41; A42.7; A49.9; B37.7; R57.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка состояния и степени тяжести заболевания по шкале SOFA не позднее 1 часа от момента установления диагноза	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня лактата в крови не позднее 1 часа от момента установления диагноза	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка и/или прокальцитонина в крови не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ, SB, ВВ, SO ₂ , НвО не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
5.	Выполнено не менее двух заборов проб крови, взятых из вен разных верхних конечностей, с интервалом 30 минут для бактериологического исследования крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам не	Да/Нет

	позднее 1 часа от момента поступления в стационар	
6.	Начата терапия антибактериальными лекарственными препаратами и/или противогрибковыми лекарственными препаратами и/или противовирусными лекарственными препаратами не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при септическом шоке, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Проведена инфузионная терапия не позднее 45 минут от момента установления диагноза (при гипотензии или лактате ≥ 4 ммоль/л)	Да/Нет
8.	Не использованы лекарственные препараты на основе гидроксиэтилкрахмала при инфузионной терапии (при тяжелом сепсисе и септическом шоке)	Да/Нет
9.	Выполнено лечение лекарственными препаратами группы вазопрессоры (при гипотензии, не купируемой инфузионной терапией)	Да/Нет
10.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
11.	Выполнена респираторная поддержка (при сатурации кислорода менее 90%)	Да/Нет
12.	Проведена инсулиновая терапия до достижения целевого уровня глюкозы менее 12,9 ммоль/л (только при уровне глюкозы в крови выше 12,9 ммоль/л в двух последовательных анализах крови)	Да/Нет
13.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка и/или прокальцитонина в крови через 48 часов от момента начала антибактериальной терапии	Да/Нет
14.	Выполнено введение низкомолекулярного гепарина или нефракционного гепарина ежедневное однократное (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
15.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы ингибиторы протонного насоса (при сепсисе или септическом шоке и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16.	Выполнено поднятие головного конца кровати на 10 - 45 градусов (при искусственной вентиляции легких)	Да/Нет

3.1.5: Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при ботулизме (коды по МКБ - 10: A05.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование реакции нейтрализации ботулотоксинов антитоксином ботулиническим типа А, антитоксином ботулиническим типа В, антитоксином ботулиническим типа Е	Да/Нет
2.	Выполнено определение токсинов возбудителя ботулизма (<i>Clostridium botulinum</i>) в рвотных массах или промывных водах желудка	Да/Нет

3.	Выполнено промывание желудка (при поступлении в стационар в первые 72 часа от начала болезни)	Да/Нет
4.	Проведена постановка очистительной клизмы (при поступлении в стационар в первые 72 часа от начала болезни)	Да/Нет
5.	Проведена интубация трахеи (при афагии)	Да/Нет
6.	Проведено комбинированное лечение антитоксином ботулиническим типа А, антитоксином ботулиническим типа В, антитоксином ботулиническим типа Е (при неустановленном типе ботулотоксина, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Проведено комбинированное лечение антитоксином ботулиническим типа А, антитоксином ботулиническим типа В, антитоксином ботулиническим типа Е (при установленном типе ботулотоксина, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведено кормление тяжелобольного пациента через назогастральный зонд (при наличии дисфагии)	Да/Нет
9.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
10.	Проведена терапия антибактериальными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога	Да/Нет
12.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога	Да/Нет

3.1.6.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при туберкулезе (коды по МКБ - 10: A15-A19)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (белок, альбумин, общий билирубин, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, аспартатаминотрансфераза, аланинамино-трансфераза) не реже 1 раза в 3 месяца (при установленном диагнозе)	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не реже 1 раза в 3 месяца (при установленном диагнозе)	Да/Нет
8.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи не реже 1 раза в 3 месяца (при установленном диагнозе)	Да/Нет
9.	Назначена этиотропная химиотерапия с учетом лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным	Да/Нет

	препаратам (при установленном диагнозе туберкулеза органов дыхания)	
10.	Выполнено назначение препаратов первого ряда при чувствительности к ним микобактерий (1 и 3 режим химиотерапии)	Да/Нет
11.	Проведена коррекция нежелательных явлений противотуберкулезных препаратов	Да/Нет

3.1.6.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при туберкулезе (коды по МКБ - 10: A15-A19)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (белок, альбумин, общий билирубин, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза) не реже 1 раза в 3 месяца	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не реже 1 раза в 3 месяца	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи не реже 1 раза в 3 месяца	Да/Нет
5.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование для определения чувствительности микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) к противотуберкулезным препаратам	Да/Нет
6.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>)	Да/Нет
7.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование промывных вод бронхов на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>)	Да/Нет
8.	Выполнено микроскопическое исследование мокроты на микобактерии (<i>Mycobacterium spp.</i>)	Да/Нет
9.	Выполнено микроскопическое исследование промывных вод бронхов на микобактерии (<i>Mycobacterium spp.</i>)	Да/Нет
10.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование мокроты, бронхоальвеолярной лаважной жидкости или промывных вод бронхов на <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> (микобактерии туберкулеза)	Да/Нет
11.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование образцов различного биологического материала для определения чувствительности микобактерий к противотуберкулезным препаратам	Да/Нет
12.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости	Да/Нет
13.	Проведена химиотерапия по режиму 1 (при наличии бактериовыделения и при лекарственной чувствительности возбудителя)	Да/Нет
14.	Проведена химиотерапия по режиму 2 (при наличии	Да/Нет

	бактериовыделения и при монорезистентности к изониазиду или полирезистентности)	
15.	Проведена химиотерапия по режиму 3 (при отсутствии бактериовыделения и при предполагаемой лекарственной чувствительности возбудителя)	Да/Нет
16.	Проведена химиотерапия по режиму 4 (при определяемой и предполагаемой множественной лекарственной устойчивости микобактерий (к изониазиду и рифампицину или рифампицину и чувствительности к лекарственным препаратам группы фторхинолонов)	Да/Нет
17.	Проведена химиотерапия по режиму 5 (при наличии бактериовыделения и при множественной лекарственной устойчивости микобактерий и резистентности к лекарственным препаратам группы фторхинолонов)	Да/Нет
18.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога	Да/Нет
19.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	Да/Нет
20.	Проведена коррекция нежелательных явлений противотуберкулезных препаратов.	Да/Нет

3.1.7.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при туберкулезе (коды по МКБ - 10: A15-A19)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография легких	Да/Нет
3.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
4.	Выполнено назначение 1 и 3 режимов химиотерапии (при установлении чувствительности микобактерий к препаратам первого ряда)	Да/Нет
5.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование для определения чувствительности микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) к противотуберкулезным препаратам	Да/Нет
6.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>)	Да/Нет
7.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование мокроты ИЛИ бронхоальвеолярной лаважной жидкости или промывных вод бронхов ИЛИ другого биологического материала на <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> (микобактерии туберкулеза)	Да/Нет

3.1.7.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при туберкулезе (коды по МКБ - 10: A15-A19)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, аспартатаминотрансфераза, аланинамино-трансфераза) не реже 1 раза в месяц	Да/Нет

2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не реже 1 раза в месяц	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи не реже 1 раза в месяц	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография легких	Да/Нет
5.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
6.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование для определения чувствительности микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) к противотуберкулезным препаратам	Да/Нет
7.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>)	Да/Нет
8.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование мокроты ИЛИ бронхоальвеолярной лаважной жидкости или промывных вод бронхов ИЛИ другого биологического материала на <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> (микобактерии туберкулеза)	Да/Нет
9.	Выполнено назначение 1 и 3 режимов химиотерапии (при установлении чувствительности микобактерий к препаратам первого ряда)	Да/Нет
10.	Выполнено назначение 4 режима химиотерапии (при установленной либо предполагаемой устойчивости микобактерий к изониазиду и рифампицину и сохраненной чувствительности к фторхинолонам)	Да/Нет
11.	Выполнено назначение 5 режима химиотерапии (при установленной либо предполагаемой устойчивости микобактерий к изониазиду и фторхинолонам одновременно)	Да/Нет

3.1.8. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при менингите (коды по МКБ-10: A39.0+; A87; G00; G01*; G02*; G03)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-неврологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго	Да/Нет
3.	Выполнен осмотр-врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 15 минут от момента поступления в стационар (признаках септического шока или отека головного мозга)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, глюкоза, калий, натрий)	Да/Нет
6.	Выполнена спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, цитологическое исследование) не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнено определение возбудителя в крови бактериологическим методом с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам и/или методом полимеразной цепной реакции не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (до начала антибактериальной терапии)	Да/Нет
8.	Выполнено определение возбудителя в спинномозговой жидкости	Да/Нет

	бактериологическим методом с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам и/или методом полимеразной цепной реакции	
9.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при тяжелой степени тяжести заболевания)	Да/Нет
10.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при выявлении бактериальной инфекции)	Да/Нет
11.	Проведена дезинтоксикационная терапия	Да/Нет
12.	Выполнена повторная спинномозговая пункция и повторное исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, цитологическое исследование)	Да/Нет
13.	Выполнено повторное определение возбудителя в спинномозговой жидкости бактериологическим методом с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам и/или методом полимеразной цепной реакции	Да/Нет
14.	Достигнута нормализация показателей в спинномозговой жидкости на момент выписки из стационара	Да/Нет
15.	Достигнута эрадикация возбудителя в спинномозговой жидкости на момент выписки из стационара	Да/Нет
16.	Достигнуто восстановление уровня сознания до 15 баллов по шкале Глазго	Да/Нет

3.1.9. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дифтерии (код по МКБ-10: А36)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при наличии токсического шока и/или токсической дифтерии ротоглотки III - IV степени и/или дифтерийного крупа)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен общий анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из ротоглотки и из носа, а также с других пораженных органов на коринобактерии дифтерии с определением их токсигенности и другую флору с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам не менее 3 раз	Да/Нет
6.	Выполнено определение антител к дифтерийному токсину в крови 2 раза	Да/Нет
7.	Выполнена консультация врачом-оториноларингологом	Да/Нет

8.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
9.	Выполнено введение антитоксической противодифтерийной сыворотки (при токсической форме или при распространенной форме вне зависимости от сроков или до 96 часов от момента начала заболевания при локализованной форме)	Да/Нет
10.	Проведена дезинтоксикационная терапия оральная и/или инфузионная (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет
12.	Выполнено контрольное бактериологическое исследование отделяемого из ротоглотки и из носа и с других пораженных органов не менее 2 раз через 2 дня после отмены антибактериальной терапии	Да/Нет
13.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет
14.	Достигнута эрадикация возбудителя на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.10. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при коклюше (код по МКБ-10: А37)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом (при тяжелой степени тяжести заболевания)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из ротоглотки и/или носоглотки на палочку коклюша и паракоклюша 2 раза и/или однократное определение ДНК палочек коклюша и паракоклюша методом полимеразной цепной реакции в отделяемом из ротоглотки и/или носоглотки и/или определение антител к палочкам коклюша и паракоклюша в крови 2 раза	Да/Нет
5.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет
6.	Проведена терапия противосудорожными лекарственными препаратами (при тяжелой степени тяжести заболевания и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы системные глюкокортикостероиды (при тяжелой степени тяжести заболевания и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена респираторная поддержка (при тяжелой степени тяжести заболевания)	Да/Нет
9.	Проведена терапия противокашлевыми лекарственными препаратами	Да/Нет

	(при отсутствии медицинских противопоказаний)	
10.	Выполнен контрольный общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
11.	Достигнуто стойкое уменьшение количества и тяжести приступов кашля	Да/Нет

3.1.11. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи, взрослым и детям при скарлатине (код по МКБ-10: А38)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого на бета-гемолитический стрептококк группы А из ротоглотки с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
5.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
6.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет
7.	Проведена дезинтоксикационная терапия оральная и/или инфузионная (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнен повторный общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
9.	Выполнен повторный анализ мочи общий	Да/Нет
10.	Выполнено повторное бактериологическое исследование отделяемого на бета-гемолитический стрептококк группы А из ротоглотки	Да/Нет
11.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет
12.	Достигнута нормализация показателей общего (клинического) анализа крови на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.12. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при роже (код по МКБ-10: А46)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет

	(глюкоза)	
4.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из очага воспаления с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам и/или определение маркеров б-гемолитического стрептококка группы А в отделяемом из очага воспаления	Да/Нет
5.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет
6.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.13. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при лихорадке без очага инфекции (коды по МКБ - 10: A49.8 - A49.9; R50.0 - R50.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена отоскопия	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка или прокальцитонина в крови	Да/Нет
4.	Выполнен общий анализ мочи не позднее 24 часов от момента поступления	Да/Нет
5.	Выполнено бактериологическое исследование крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при наличии лабораторных маркеров бактериальной инфекции)	Да/Нет
6.	Выполнено бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при выявлении лейкоцитурии и/или бактериурии и/или нитритов в моче)	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки (при наличии лабораторных маркеров бактериальной инфекции)	Да/Нет
8.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при подтверждении бактериальной инфекции и/или при наличии лабораторных маркеров бактериальной инфекции)	Да/Нет
9.	Выполнена смена терапии антибактериальными лекарственными препаратами не позднее 72 часов от момента начала антибактериальной терапии (при отсутствии снижения температуры тела)	Да/Нет

3.1.14.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при сифилисе (коды по МКБ - 10: A50- A53)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Подтверждение диагноза сифилиса методом микроскопического исследования специфических элементов на бледную трепонему (<i>Treponema pallidum</i>) или молекулярно-биологических исследований (определение ДНК <i>Treponema pallidum</i>) отделяемого (серозного экссудата) эрозивно-язвенных элементов кожи и слизистых оболочек или определения антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) (серологическими методами)	Да/Нет
2.	При подозрении на специфическое поражение внутренних органов, опорно-двигательного аппарата консультации врачей-специалистов в соответствии с жалобами или патологическими изменениями при инструментальном обследовании	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога или прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога при наличии соответствующих жалоб и/или патологических изменений при инструментальном обследовании, свидетельствующих о специфическом поражении сердца)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога (при наличии соответствующих жалоб и/или патологических изменений при инструментальном и/или лабораторном обследовании, свидетельствующих о специфическом поражении нервной системы)	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда (при подозрении на поражение опорно-двигательного аппарата)	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога (при наличии соответствующих жалоб и/или патологических изменений при инструментальном обследовании, свидетельствующих о специфическом поражении печени)	Да/Нет
7.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога (при наличии соответствующих жалоб и/или патологических изменений при инструментальном обследовании, свидетельствующих о специфическом поражении глаз и их придаточного аппарата)	Да/Нет
8.	Назначена терапия лекарственными препаратами бензилпенициллин или цефтриаксон (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.1.14.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при сифилисе (коды по МКБ - 10: A50- A53)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня белка в спинномозговой жидкости и цитологическое исследование клеток спинномозговой жидкости при сочетании сифилиса и ВИЧ-инфекции или при подозрении на скрытые или поздние формы сифилиса или при злокачественном течении раннего сифилиса или при вторичном сифилисе или при наличии неврологической, офтальмологической, отоларингологической симптоматики или психиатрических расстройств или при отсутствии негативации нетрепонемных тестов после проведения специфической терапии по поводу ранних форм сифилиса или при снятии с учета пациентов с нейросифилисом, серологической резистентностью)	Да/Нет
2.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в реакции непрямой иммунофлюоресценции (РИФ) в ликворе или определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в ликворе или определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА)	Да/Нет

	(качественное и полуколичественное исследование) в ликворе (при поздних формах формами и /или при подозрении на нейросифилис)	
3.	Подтверждение диагноза сифилиса методом микроскопического исследования специфических элементов на бледную трепонему (<i>Treponema pallidum</i>) или молекулярно-биологических исследований (определение ДНК <i>Treponema pallidum</i>) отделяемого (серозного экссудата) эрозивно-язвенных элементов кожи и слизистых оболочек или определения антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) (серологическими методами)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога или прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога при наличии соответствующих жалоб и/или патологических изменений при инструментальном обследовании, свидетельствующих о специфическом поражении сердца)	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога при наличии соответствующих жалоб и/или патологических изменений при инструментальном и/или лабораторном обследовании, свидетельствующих о специфическом поражении нервной системы)	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда при наличии соответствующих жалоб и/или патологических изменений при инструментальном обследовании, свидетельствующих о поражении опорно-двигательной системы)	Да/Нет
7.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога при наличии соответствующих жалоб и/или патологических изменений при инструментальном обследовании, свидетельствующих о специфическом поражении печени)	Да/Нет
8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога при наличии соответствующих жалоб и/или патологических изменений при инструментальном обследовании, свидетельствующих о специфическом поражении глаз и их придаточного аппарата)	Да/Нет
9.	Проведена терапия лекарственными препаратами бензилпенициллин или цефтриаксон (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.1.15.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при сифилисе (коды по МКБ - 10: A50-A53)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Подтверждение диагноза сифилиса методом микроскопического исследования специфических элементов на бледную трепонему (<i>Treponema pallidum</i>) и/или молекулярно-биологических исследований (определение ДНК <i>Treponema pallidum</i>) отделяемого (серозного экссудата) эрозивно-язвенных элементов кожи и слизистых оболочек и/или определения антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) (серологическими методами) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога (при наличии соответствующих жалоб и/или патологических изменений при инструментальном обследовании, свидетельствующих о специфическом поражении глаз и их придаточного аппарата)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога (при наличии соответствующих жалоб и/или патологических изменений при инструментальном и/или лабораторном обследовании, свидетельствующих о специфическом поражении нервной системы)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-терапевта (при наличии соответствующих жалоб и/или патологических изменений при	Да/Нет

	инструментальном обследовании, свидетельствующих о специфическом поражении внутренних органов)	
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача- травматолога-ортопеда (при подозрении на поражение опорно-двигательного аппарата)	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога (при подозрении на поражение сердца)	Да/Нет

3.1.15.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при сифилисе (коды по МКБ - 10: A50-A53)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в реакции непрямой иммунофлюоресценции (РИФ) в ликворе или определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в ликворе или определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) (качественное и полуколичественное исследование) в ликворе (при установлении диагноза в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
2.	Подтверждение диагноза сифилиса методом микроскопического исследования специфических элементов на бледную трепонему (<i>Treponema pallidum</i>) и/или молекулярно-биологических исследований (определение ДНК <i>Treponema pallidum</i>) отделяемого (серозного экссудата) эрозивно-язвенных элементов кожи и слизистых оболочек и/или определения антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) (серологическими методами) (при установлении диагноза в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня белка в спинномозговой жидкости и цитологическое исследование клеток спинномозговой жидкости (при сочетании сифилиса и ВИЧ-инфекции или при подозрении на скрытые или поздние формы сифилиса или при злокачественном течении раннего сифилиса или при вторичном сифилисе или при наличии неврологической, офтальмологической, отологической симптоматики или психиатрических расстройств или при отсутствии негативации нетрепонемных тестов после проведения специфической терапии по поводу ранних форм сифилиса или при снятии с учета пациентов с нейросифилисом, серологической резистентностью)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога при наличии соответствующих жалоб и/или патологических изменений при инструментальном обследовании, свидетельствующих о специфическом поражении глаз и их придаточного аппарата (в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога при наличии соответствующих жалоб и/или патологических изменений при инструментальном и/или лабораторном обследовании, свидетельствующих о специфическом поражении нервной системы (в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-терапевта при наличии соответствующих жалоб и/или патологических изменений при инструментальном обследовании, свидетельствующих о специфическом поражении внутренних органов (в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет

7.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача- травматолога-ортопеда (при подозрении на поражение опорно-двигательного аппарата в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога (при подозрении на поражение сердца в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
9.	Проведена терапия лекарственными препаратами бензилпенициллин или цефтриаксон	Да/Нет
10.	Разрешение клинических проявлений заболевания (клиническое выздоровление), уменьшение или отсутствие нарастания имеющейся симптоматики на момент выписки пациента из стационара (при нейросифилисе и висцеральном сифилисе)	Да/Нет

3.1.16. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при гонококковой инфекции (коды по МКБ - 10: A54)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнены микроскопические и/или микробиологические (культуральные), и/или молекулярно-биологические исследования (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Назначена терапия цефтриаксоном или цефотаксимом или спектиномицином и/или цефиксимом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.1.17. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при хламидийной инфекции (коды по МКБ - 10: A56, A74)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнены молекулярно-биологические исследования (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Назначена терапия доксициклином или азитромицином или эритромицином или джозамицином или офлоксацином или левофлоксацином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.1.18. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при урогенитальном трихомониазе (коды по МКБ - 10: A59)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнены микроскопические и/или микробиологические (культуральные) и/или молекулярно-биологические исследования (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Назначена терапия метронидазолом или тинидазолом, или орнидазолом (в зависимости от медицинских показаний, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.1.19. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при аногенитальной герпетической вирусной инфекции (коды по МКБ - 10: A60 (A60.0, A60.1,

А60.9))

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Проведена терапия ацикловиром или валацикловиром, или фамцикловиром (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.1.20. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при аногенитальных (венерических) бородавках (коды по МКБ - 10: А63.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Проведено удаление аногенитальных (венерических) бородавок	Да/Нет

3.1.21. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при уrogenитальных заболеваниях, вызванных *Mycoplasma genitalium* (коды по МКБ - 10: А63.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнены молекулярно-биологические исследования (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Назначена терапия доксициклином или джозамицином или моксифлоксацином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.1.22. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при болезни Лайма (код по МКБ-10: А69.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врачом-неврологом не позднее 24 часов от момента поступления в стационар (при наличии неврологических нарушений)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнена спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, лактат, цитологическое исследование) не позднее 6 часов от момента установления диагноза (при нейроборрелиозе и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена повторная спинномозговая пункция и повторное исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, лактат, цитологическое исследование) (при нейроборрелиозе)	Да/Нет
6.	Выполнено определение антител к борелии Бургдорфера (<i>Borrelia burgdorferi</i>) в крови	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография пораженного сустава и/или ультразвуковое исследование пораженного сустава (при суставном синдроме)	Да/Нет

8.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет
10.	Исчезновение эритемы на момент выписки из стационара	Да/Нет
11.	Достигнута нормализация уровня лейкоцитов в периферической крови на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.23. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при клещевом вирусном энцефалите (код по МКБ-10: A84)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-реаниматологом и/или врачом-неврологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена консультация врачом-неврологом	Да/Нет
3.	Выполнена спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, лактат, цитологическое исследование) не позднее 6 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
4.	Выполнена повторная спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, лактат, цитологическое исследование)	Да/Нет
5.	Выполнено определение возбудителя в крови и спинномозговой жидкости бактериологическим методом с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам и/или серологическим методом и/или методом полимеразной цепной реакции не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
7.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при среднетяжелой и тяжелой степени тяжести заболевания)	Да/Нет
8.	Проведена терапия иммуноглобулином человека против клещевого энцефалита	Да/Нет
9.	Проведена детоксикационная терапия	Да/Нет
10.	Выполнено повторное определение возбудителя в крови и спинномозговой жидкости серологическим методом и/или методом полимеразной цепной реакции	Да/Нет
11.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет
12.	Достигнута нормализация показателей спинномозговой жидкости на момент выписки из стационара	Да/Нет

13.	Достигнута эрадикация возбудителя в спинномозговой жидкости на момент выписки из стационара	Да/Нет
-----	---	--------

3.1.24. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при геморрагической лихорадке с почечным синдромом (код по МКБ-10: A98.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом анестезиологом-реаниматологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий билирубин, натрий, калий, хлор)	Да/Нет
5.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
6.	Выполнено определение антител к антигенам хантавирусов не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и почек и/или компьютерная томография брюшной полости и почек и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и почек	Да/Нет
8.	Выполнено повторное определение антител к антигенам хантавирусов не позднее 192 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
9.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Достигнута нормализация диуреза на момент выписки из стационара	Да/Нет
11.	Достигнута нормализация уровня креатинина и мочевины в крови на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.25. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при ветряной оспе (код по МКБ-10: B01)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнено определение вируса герпеса человека 3 типа методом полимеразной цепной реакции в крови и/или определение антител к	Да/Нет

	вирусу герпеса человека 3 типа в крови	
4.	Проведена дезинтоксикационная терапия оральная и/или инфузионная (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Проведена терапия противовирусными лекарственными препаратами, обладающими противогерпетической активностью (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет
7.	Отсутствие новых высыпаний в течение 96 часов до момента выписки из стационара	Да/Нет

3.1.26. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром гепатите В (коды по МКБ-10: B16)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар (без печеночной комы)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин, общий белок, альбумин) (без печеночной комы)	Да/Нет
3.	Выполнено определение протромбинового индекса в крови или в плазме (без печеночной комы)	Да/Нет
4.	Выполнено определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, определение антигена (HbeAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови, Определение ДНК вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови методом ПЦР, Определение антител класса М (anti-HAV IgM) к вирусу гепатита А (Hepatitis A virus) в крови, Определение антител к е-антигену (anti-HBe) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, Определение антител класса М к ядерному антигену (anti-HBc IgM) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови (без печеночной комы)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (без печеночной комы)	Да/Нет
6.	Проведена дезинтоксикационная терапия (без печеночной комы при синдроме интоксикации)	Да/Нет
7.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (с печеночной комой)	Да/Нет
8.	Выполнена инфузионно-трансфузионная терапия и терапия лекарственными препаратами группы глюкокортикоиды не позднее 30	Да/Нет

	минут от момента поступления в стационар (с печеночной комой, при отсутствии медицинских противопоказаний)	
9.	Выполнено определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, определение антигена (HbeAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови, Определение ДНК вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови методом ПЦР, Определение антител класса М (anti-HAV IgM) к вирусу гепатита А (Hepatitis A virus) в крови, Определение антител к е-антигену (anti-HBe) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, Определение антител класса М к ядерному антигену (anti-HBc IgM) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови (с печеночной комой)	Да/Нет
10.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня общего билирубина, уровня свободного и связанного билирубина, определение активности аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы (АлАТ, АсАТ) не позднее 3 часов от момента поступления в стационар (с печеночной комой)	Да/Нет
11.	Выполнено исследование уровня общего белка в крови, определение соотношения белковых фракций методом электрофореза, исследование уровня натрия и калия в крови не позднее 3 часов от момента поступления в стационар (с печеночной комой)	Да/Нет
12.	Выполнено определение основных групп по системе АВ0 не позднее 3 часов от момента поступления в стационар (с печеночной комой)	Да/Нет
13.	Выполнено определение антигена D системы Резус (резус-фактор) не позднее 3 часов от момента поступления в стационар (с печеночной комой)	Да/Нет
14.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) не позднее 3 часов от момента поступления в стационар (с печеночной комой)	Да/Нет
15.	Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (с печеночной комой)	Да/Нет
16.	Проведен перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) (с печеночной комой при наличии неотложных состояний)	Да/Нет
17.	Проведена терапия антибактериальными препаратами (с печеночной комой присоединении инфекционных бактериальных осложнений и сопутствующих заболеваний в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
18.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) или компьютерная томография органов брюшной полости, или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (без печеночной комы)	Да/Нет
19.	Проведен перевод из отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) в инфекционное отделение (при печеночной коме при	Да/Нет

	улучшении сознания по шкале Глазго)	
--	-------------------------------------	--

3.1.27.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хроническом вирусном гепатите D (коды по МКБ-10: B18.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (Исследование уровня альбумина в крови, Исследование уровня общего билирубина в крови, Исследование уровня билирубина связанного (конъюгированного) в крови, Исследование уровня билирубина свободного (неконъюгированного) в крови, Определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, Определение активности аланинаминотрансферазы в крови, Определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, Определение активности щелочной фосфатазы в крови, Анализ крови биохимический общетерапевтический) (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено определение международного нормализованного отношения (МНО) (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено определение антител к вирусу гепатита D (Hepatitis D virus) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено определение РНК вируса гепатита D (Hepatitis D virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнено определение уровня альфа-фетопротеина в крови (у пациентов с циррозом печени при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнена эластометрия печени (при установлении диагноза при отсутствии медицинских противопоказаний к выполнению исследования)	Да/Нет
11.	Выполнена эзофагогастроскопия (у пациентов с циррозом печени и портальной гипертензией при установлении диагноза)	Да/Нет
12.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза при подозрении на очаговое образование печени)	Да/Нет
13.	Выполнено определение содержания антител к антигенам микросом в	Да/Нет

	крови (перед началом лечения интерферонами)	
14.	Выполнено определение содержания антинуклеарных антител к Sm-антигену (перед началом лечения интерферонами)	Да/Нет
15.	Выполнено исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови (перед началом лечения интерферонами)	Да/Нет
16.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (перед началом лечения интерферонами)	Да/Нет
17.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (через 2 недели после начала лечения и не реже, чем каждые 4 недели)	Да/Нет
18.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (Исследование уровня альбумина в крови, Исследование уровня общего билирубина в крови, Исследование уровня билирубина связанного (конъюгированного) в крови, Исследование уровня билирубина свободного (неконъюгированного) в крови, Определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, Определение активности аланинаминотрансферазы в крови, Определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, Определение активности щелочной фосфатазы в крови) (через 2 недели после начала лечения и не реже, чем каждые 4 недели)	Да/Нет
19.	Выполнено исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови (не реже, чем 1 раз в 12 недель при лечении интерферонами)	Да/Нет
20.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (не реже, чем 1 раз в 12 недель при лечении интерферонами)	Да/Нет
21.	Выполнено определение РНК вируса гепатита D (Hepatitis D virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование (через 24 и 48 недель лечения)	Да/Нет
22.	Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови (через 48 недель лечения)	Да/Нет
23.	Выполнено определение активности аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы, Определение ДНК вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови методом ПЦР, количественное исследование (при отмене лечения)	Да/Нет
24.	Выполнено определение РНК вируса гепатита D (Hepatitis D virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование (при отмене лечения)	Да/Нет
25.	Выполнено определение активности аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы в крови (через 24 недели после завершения лечения)	Да/Нет
26.	Выполнено определение РНК вируса гепатита D (Hepatitis D virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование (через 24 недели после завершения лечения)	Да/Нет
27.	Выполнено определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови (через 24 недели после завершения	Да/Нет

	лечения)	
28.	Выполнено определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови (через 24 недели после завершения лечения)	Да/Нет
29.	Выполнено определение активности аланинаминотрансферазы (не реже, чем 2 раза в год)	Да/Нет
30.	Выполнено определение активности аспартатаминотрансферазы в крови (не реже, чем 2 раза в год)	Да/Нет
31.	Выполнено определение РНК вируса гепатита D (Hepatitis D virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование (не реже, чем 2 раза в год)	Да/Нет
32.	Выполнено определение уровня альфа-фетопротеина в крови у пациентов с циррозом печени (не реже, чем 1 раз в год)	Да/Нет
33.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (не реже, чем 1 раз в год)	Да/Нет
34.	Выполнена эластометрия печени (не реже, чем 1 раз в год)	Да/Нет
35.	Выполнена эзофагогастроскопия (при варикозном расширении вен пищевода, не реже, чем 1 раз в год)	Да/Нет
36.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при подозрении на очаговое образование печени)	Да/Нет

3.1.27.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хроническом вирусном гепатите D (коды по МКБ-10: B18.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (Исследование уровня альбумина в крови, Исследование уровня общего билирубина в крови, Исследование уровня билирубина связанного (конъюгированного) в крови, Исследование уровня билирубина свободного (неконъюгированного) в крови, Определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, Определение активности аланинаминотрансферазы в крови, Определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, Определение активности щелочной фосфатазы в крови, Анализ крови биохимический общетерапевтический) (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме (при установлении диагноза)	Да/Нет

5.	Выполнено определение международного нормализованного отношения (МНО) (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено определение антител к вирусу гепатита D (Hepatitis D virus) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено определение РНК вируса гепатита D (Hepatitis D virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнено определение уровня альфа-фетопротеина в крови (у пациентов с циррозом печени при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнена эластометрия печени (при установлении диагноза при отсутствии медицинских противопоказаний к выполнению исследования)	Да/Нет
11.	Выполнена эзофагогастроскопия (у пациентов с циррозом печени и портальной гипертензией при установлении диагноза)	Да/Нет
12.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза при подозрении на очаговое образование печени)	Да/Нет

3.1.28.1 Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при ВИЧ-инфекции у детей (коды по МКБ - 10: B20, B21, B22, B23, B24, R75, Z21, Z20.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Проведён профилактический курс комбинированной антиретровирусной терапии (у новорожденных, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, серопозитивными во время беременности и родов)	Да/Нет
2.	Выполнено медицинское освидетельствование на выявление вируса иммунодефицита человека (при контакте с больным и возможностью заражения вирусом иммунодефицита человека)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста Центра по профилактике и борьбе со СПИД (для детей младше 1 года, при установленном диагнозе)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование CD4+ лимфоцитов (при взятии пациента на диспансерное наблюдение)	Да/Нет
5.	Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) в плазме крови методом ПЦР (при взятии пациента на диспансерное наблюдение)	Да/Нет
6.	Выполнена внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном (при взятии пациента на диспансерное наблюдение)	Да/Нет
7.	Выполнено определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови (при взятии пациента на диспансерное наблюдение)	Да/Нет
8.	Выполнено определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови (при взятии пациента на диспансерное наблюдение)	Да/Нет

9.	Выполнено психологическое консультирование по вопросам приверженности перед началом антиретровирусной терапии перед началом антиретровирусной терапии и при каждом плановом визите (при антиретровирусной терапии)	Да/Нет
10.	Выполнено назначение антиретровирусной терапии в течение 14 дней от взятия под диспансерное наблюдение (при выявлении показаний к быстрому началу антиретровирусной терапии)	Да/Нет
11.	Выполнено выявление аллели 5701 локуса В главного комплекса гистосовместимости человека (HLA В*5701) перед назначением абакавира (при назначении абакавира)	Да/Нет
12.	Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) в плазме крови методом ПЦР через 24 недели от начала антиретровирусной терапии	Да/Нет
13.	Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) в плазме крови методом ПЦР через 48 недель от начала антиретровирусной терапии	Да/Нет
14.	Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) в плазме крови методом ПЦР (после окончания профилактического курса антиретровирусной терапии в течение второго месяца жизни)	Да/Нет
15.	Выполнено исследование уровня общего билирубина в крови не реже 1 раза в 6 месяцев (при антиретровирусной терапии)	Да/Нет
16.	Выполнено исследование уровня креатинина в крови не реже 1 раза в 6 месяцев (при антиретровирусной терапии)	Да/Нет
17.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста Центра по профилактике и борьбе со СПИД или уполномоченной медицинской организации федерального уровня не реже 1 раза в год (при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
18.	Выполнено исследование CD4+ лимфоцитов не реже 1 раза в 6 месяцев (при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
19.	Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) в плазме крови методом ПЦР не реже 1 раза в 6 месяцев (при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
20.	Выполнен общий (клинический) анализ крови не реже 1 раза в 6 месяцев (при антиретровирусной терапии)	Да/Нет
21.	Выполнено исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови не реже 1 раза в 6 месяцев (при антиретровирусной терапии)	Да/Нет
22.	Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови не реже 1 раза в 6 месяцев (при антиретровирусной терапии)	Да/Нет
23.	Выполнено снятие с диспансерного наблюдения решением врачебной комиссии не позднее чем через 1 месяц после получения лабораторных критериев отсутствия ВИЧ-инфекции	Да/Нет
24.	Дозы антиретровирусных препаратов соответствуют возрастным терапевтическим	Да/Нет

3.1.28.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при ВИЧ-инфекции у детей (коды по МКБ - 10: B20, B21, B22, B23, B24, R75, Z21, Z20.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Профилактический курс антиретровирусной терапии начат в первые 72 часа после рождения (у новорожденных, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, серопозитивными во время беременности и родов)	Да/Нет

2.	Выполнено выявление аллели 5701 локуса В главного комплекса гистосовместимости человека (HLA В*5701) перед назначением абакавира (при назначении абакавира)	Да/Нет
3.	Выполнено психологическое консультирование по вопросам приверженности перед началом антиретровирусной терапии (при антиретровирусной терапии в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование CD4+ лимфоцитов (при взятии пациента на диспансерное наблюдение в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
5.	Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) в плазме крови методом ПЦР (при взятии пациента на диспансерное наблюдение в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
6.	Выполнена внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном (при взятии пациента на диспансерное наблюдение в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
7.	Выполнено определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови (при взятии пациента на диспансерное наблюдение в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
8.	Выполнено определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови (при взятии пациента на диспансерное наблюдение в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
9.	Выполнено назначение антиретровирусной терапии в течение 14 дней от взятия под диспансерное наблюдение (при выявлении показаний к быстрому началу антиретровирусной терапии в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
10.	Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) в плазме крови методом ПЦР через 24 недели от начала антиретровирусной терапии (в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
11.	Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) в плазме крови методом ПЦР через 48 недель от начала антиретровирусной терапии (в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
12.	Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) в плазме крови методом ПЦР (после окончания профилактического курса антиретровирусной терапии в течение второго месяца жизни (в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях))	Да/Нет
13.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста Центра по профилактике и борьбе со СПИД (для детей младше 1 года) ((в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
14.	Выполнен общий (клинический) анализ крови не реже 1 раза в 6 месяцев (при антиретровирусной терапии, в случае не выполнен в амбулаторных условиях в предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет
15.	Выполнено исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови не реже 1 раза в 6 месяцев (при антиретровирусной терапии, в случае не выполнен в амбулаторных условиях в предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет
16.	Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови не реже 1 раза в 6 месяцев (при антиретровирусной терапии, в	Да/Нет

	случае не выполнен в амбулаторных условиях в предшествующие 6 месяцев)	
17.	Выполнено исследование уровня общего билирубина в крови не реже 1 раза в 6 месяцев (при антиретровирусной терапии , в случае не выполнен в амбулаторных условиях в предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет
18.	Выполнено исследование уровня креатинина в крови не реже 1 раза в 6 месяцев (при антиретровирусной терапии , в случае не выполнен в амбулаторных условиях в предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет
19.	Дозы антиретровирусных препаратов соответствуют возрастным терапевтическим	Да/Нет

3.1.29.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при ВИЧ-инфекции у взрослых (коды по МКБ - 10: B20- B24, Z21)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	В случае отказа пациента от медицинского вмешательства информация об отказе внесена в медицинскую документацию	Да/Нет
2.	Выполнена флюорография лёгких или рентгенография лёгких (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование CD4+ лимфоцитов (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование CD4+ лимфоцитов не реже двух раз в 12 месяцев (при установленном диагнозе)	Да/Нет
5.	Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) в плазме крови методом ПЦР (при установлении диагноза)	Да/Нет.
6.	Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) в плазме крови методом ПЦР не реже 2 раз в 12 месяцев (при установленном диагнозе)	Да/Нет
7.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста (перед назначением антиретровирусной терапии и при каждом плановом визите в рамках диспансерного наблюдения)	Да/Нет
8.	Составлен план диспансерного наблюдения при первом диспансерном приеме (осмотре, консультации) врача-инфекциониста	Да/Нет
9.	Назначена антиретровирусная терапия пациенту не позднее 14 суток от момента выявления показаний к быстрому началу антиретровирусной терапии, подтверждения приверженности пациента лечению (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование плазмы крови на наличие мутаций лекарственной резистентности в РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) (при смене антиретровирусной терапии вследствие предполагаемой вирусологической неэффективности лечения)	Да/Нет
11.	Выполнено определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови (при взятии пациента на диспансерное наблюдение при отсутствии ранее установленного диагноза вирусный гепатит В у пациента)	Да/Нет
12.	Выполнено определение антител класса G к ядерному антигену (anti-HBc IgG) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови (при взятии пациента на диспансерное наблюдение при отсутствии ранее установленного диагноза вирусный гепатит В у пациента)	Да/Нет
13.	Выполнено определение антител класса M к ядерному антигену (anti-HBc IgM) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови (при взятии	Да/Нет

	пациента на диспанерное наблюдение при отсутствии ранее установленного диагноза вирусный гепатит В у пациента)	
14.	Выполнено определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови (при взятии пациента на диспанерное наблюдение при отсутствии ранее установленного диагноза вирусный гепатит С у пациента)	Да/Нет

3.1.29.2 Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ВИЧ-инфекции у взрослых (коды по МКБ - 10: B20- B24, Z21)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	В случае отказа пациента от медицинского вмешательства информация об отказе внесена в медицинскую документацию	Да/Нет
2.	Выполнена флюорография лёгких или рентгенография лёгких (при установлении диагноза, в случае если не выполнено амбулаторно)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование CD4+ лимфоцитов (при установлении диагноза, в случае если не выполнено амбулаторно)	Да/Нет
4.	Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) в плазме крови методом ПЦР (при установлении диагноза) (в случае если не выполнено амбулаторно)	Да/Нет

3.1.30. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при инфекционном мононуклеозе (код по МКБ-10: B27)

N п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнено определение вирусов герпеса человека 4, 5, 6 типов методом полимеразной цепной реакции в крови и/или определение антител к вирусам герпеса человека 4, 5 типов в крови	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, билирубин)	Да/Нет
6.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из ротоглотки с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
7.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при подтвержденной бактериальной инфекции и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
9.	Проведена дезинтоксикационная терапия оральная и/или инфузионная (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

10.	Проведена терапия противовирусными лекарственными препаратами и/или лекарственными препаратами группы интерфероны (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет
12.	Достигнута нормализация уровня билирубина, аспаратаминотрансферазы и/или тенденция к нормализации аланинаминотрансферазы, на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.31. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при описторхозе (код по МКБ-10: B66.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, билирубин, креатинин, общий белок, альбумин, амилаза)	Да/Нет
4.	Выполнено микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов	Да/Нет
5.	Выполнено определение антител к возбудителю описторхоза (<i>Opisthorchis felinus</i>) в крови	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
7.	Проведена терапия антигистаминными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена терапия спазмолитическими лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Проведена терапия специфическими антигельминтными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Отсутствие яиц описторхисов в кале на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.32. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гриппе с другими проявлениями (коды по МКБ-10: J10.1; J10.8; J11.1; J11.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет

2.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при наличии дыхательной недостаточности III степени и/или недостаточности кровообращения III степени и/или нарушении сознания)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
5.	Выполнено серологическое исследование или полимеразно-цепная реакция	Да/Нет
6.	Проведена терапия противовирусными лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы ингибиторы нейраминидазы (при тяжелой степени тяжести заболевания и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена дезинтоксикационная терапия оральная и/или инфузионная (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.33. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гриппе с пневмонией (коды по МКБ-10: J10.0; J11.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при наличии дыхательной недостаточности III степени и/или недостаточность кровообращения III степени и/или нарушении сознания)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
5.	Выполнено серологическое исследование или полимеразно-цепная реакция	Да/Нет
6.	Выполнена пульсоксиметрия не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
8.	Выполнено бактериологическое исследование мокроты или отделяемого с задней стенки глотки при отсутствии мокроты с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим	Да/Нет

	лекарственными препаратами	
9.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы ингибиторы нейраминидазы (при наличии дыхательной недостаточности и/или недостаточности кровообращения и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Проведена терапия противовирусными лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Проведена дезинтоксикационная терапия оральная и/или инфузионная (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Выполнено ингаляционное введение кислорода до достижения сатурации 95% и более (при сатурации менее 92%)	Да/Нет
14.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом (при сатурации менее 92%)	Да/Нет
15.	Выполнена повторная рентгенография органов грудной клетки перед выпиской из стационара	Да/Нет
16.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет
17.	Достигнут уровень лейкоцитов менее 15×10^9 на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.2. Критерии оценки качества при новообразованиях

3.2.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при злокачественных новообразованиях губы (коды по МКБ - 10: C00)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена биопсия опухоли или измененных регионарных лимфатических узлов с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийного материала (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при распространенном раке с поражением регионарных лимфатических узлов)	Да/Нет
4.	Выполнено компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием или магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.2.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при

злокачественных новообразованиях губы (коды по МКБ - 10: C00)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена биопсия опухоли или измененных регионарных лимфатических узлов с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийного материала (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием или магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при распространенном раке с поражением регионарных лимфатических узлов)	Да/Нет
4.	Выполнена шейная лимфодиссекция (при хирургическом вмешательстве при стадиях T3, T4a, N0, любое T1-4a N1-3)	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.2.3.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке ротоглотки (коды по МКБ – 10: C01, C02.4, C05.1, C05.2, C09, C10)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена биопсия опухоли или измененных регионарных лимфатических узлов с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийного материала (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости	Да/Нет
3.	Выполнена шейная лимфодиссекция с удалением II-IV групп шейных лимфатических узлов (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
5.	Проведена послеоперационная химиотерапия (при обнаружении опухоли в крае резекции или экстракапсулярном распространении)	Да/Нет

3.2.3.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке ротоглотки (коды по МКБ – 10: C01, C02.4, C05.1, C05.2, C09, C10)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена биопсия опухоли или измененных регионарных лимфатических узлов с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийного материала (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена шейная лимфодиссекция с удалением II-IV групп шейных лимфатических узлов (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
4.	Проведена послеоперационная химиотерапия (при обнаружении опухоли в крае резекции или экстракапсулярном распространении)	Да/Нет

3.2.4.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при злокачественных новообразованиях полости рта (коды по МКБ - 10: C02.0, C02.1, C02.2, C02.3, C02.8, C02.9, C03, C04, C05.0, C06)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Выполнена биопсия опухоли или измененных регионарных лимфоузлов с последующим патолого-анатомическим исследованием (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
3.	Выполнено компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием или магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием	Да/Нет
4.	Выполнена селективная шейная лимфодиссекция (минимально уровни 1-3) (при стадиях N0 и глубине инвазии опухоли >4 мм)	Да/Нет
5.	Выполнена радикальная шейная лимфодиссекция (при стадиях N1, N2a-b, N3)	Да/Нет
6.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.2.4.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях полости рта (коды по МКБ - 10: C02.0, C02.1, C02.2, C02.3, C02.8, C02.9, C03, C04, C05.0, C06)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена биопсия опухоли или измененных регионарных лимфоузлов с последующим патолого-анатомическим исследованием (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено компьютерная томография мягких тканей головы с внутривенным контрастированием или магнитно-резонансная томография мягких тканей головы с внутривенным контрастированием	Да/Нет
3.	Выполнена селективная шейная лимфодиссекция (минимально уровни 1-3) (при стадиях N0 и глубине инвазии опухоли >4 мм)	Да/Нет
4.	Выполнена радикальная шейная лимфодиссекция (при стадиях N1, N2a-b, N3)	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.2.5. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при опухолях слюнных желез (коды по МКБ - 10: C07, C08, C06.9, D11, D10.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен пересмотр гистологического препарата врачом-патологоанатомом в профильной медицинской организации	Да/Нет
2.	Выполнена однофотонная эмиссионная компьютерная томография слюнных желез и/или магнитно-резонансная томография слюнных желез и шеи с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена сцинтиграфия костей всего тела (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена биопсия слюнной железы и/или биопсия лимфатического узла шеи (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала лимфоузла и/или патолого-анатомическое исследование	Да/Нет

	операционного материала тканей слюнной железы (при хирургическом вмешательстве) (при установлении диагноза)	
7.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (шейных и околоушных) (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование слюнных желез (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства (при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнено цитологическое исследование микропрепарата тканей слюнных желез и/или цитологическое исследование препарата тканей лимфоузла (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.2.6.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при злокачественных опухолях слюнных желез (коды по МКБ - 10: C07, C08)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия первичной опухоли и подозрительных лимфатических узлов с последующим цитологическим исследованием биопсийного материала (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена шейная лимфодиссекция при хирургическом вмешательстве (при распространенности опухоли T1-4aN+M0 или аденокистозном раке средней или низкой степени дифференцировки с распространенностью T3-4aN0M0)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.2.6.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественных опухолях слюнных желез (коды по МКБ - 10: C07, C08)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия первичной опухоли и подозрительных лимфатических узлов с последующим цитологическим исследованием биопсийного материала (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена шейная лимфодиссекция при хирургическом вмешательстве (при распространенности опухоли T1-4aN+M0 или аденокистозном раке средней или низкой степени дифференцировки с распространенностью T3-4aN0M0)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.2.7.1 Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при злокачественном новообразовании носоглотки (код по МКБ-10: C11)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, альбумин, мочеви́на, креатинин, аланинаминотрансфераза)	Да/Нет

	(АЛТ), аспаратаминотрансфераза (АСТ), исследование уровня электролитов крови (натрий, калий, хлориды)), (перед началом специального лечения и на этапе контроля эффективности лечения перед 2, 4, 6, 7 курсами полихимиотерапии)	
2.	Выполнено определение антител к капсидному антигену (VCA) вируса Эпштейна-Барр (Epstein - Barr virus) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено определение антител класса G (IgG) к ранним белкам (EA) вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено определение антител класса G (IgG) к ядерному антигену (NA) вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза, на этапе контроля эффективности лечения перед 2, 4, 6, 7 курсами полихимиотерапии)	Да/Нет
6.	Выполнена эпифарингоскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнена магнитно-резонансная томография носоротоглотки или компьютерная томография придаточных пазух носа, гортани (при установлении диагноза, на этапе контроля эффективности лечения перед 2, 4, 6, 7 курсами полихимиотерапии)	Да/Нет
8.	Выполнена магнитно-резонансная томография околоносовых пазух с контрастированием или компьютерная томография придаточных пазух носа, гортани с контрастированием (при установлении диагноза, на этапе контроля эффективности лечения перед 2, 4, 6, 7 курсами полихимиотерапии)	Да/Нет
9.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга или компьютерная томография головного мозга (при установлении диагноза и на этапе контроля эффективности лечения перед 2, 4, 6, 7 курсами полихимиотерапии)	Да/Нет
10.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием или компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза, на этапе контроля эффективности лечения перед 2, 4, 6, 7 курсами полихимиотерапии)	Да/Нет
11.	Выполнено ультразвуковое исследование мягких тканей шеи (при установлении диагноза, на этапе контроля эффективности лечения перед 2, 4, 6, 7 курсами полихимиотерапии)	Да/Нет

3.2.7.2 Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при злокачественном новообразовании носоглотки (код по МКБ-10: C11)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - детского онколога (при установлении диагноза, на этапе контроля эффективности лечения)	Да/Нет

	перед 2, 4, 6, 7 курсами полихимиотерапии, и при каждом последующем визите)	
2.	Выполнено измерение роста (при установлении диагноза, на этапе контроля эффективности лечения перед 2, 4, 6, 7 курсами полихимиотерапии, и при каждом последующем визите)	Да/Нет
3.	Выполнено измерение массы тела (при установлении диагноза, на этапе контроля эффективности лечения перед 2, 4, 6, 7 курсами полихимиотерапии, и при каждом последующем визите)	Да/Нет
4.	Выполнена аускультация сердца и легких (при установлении диагноза, на этапе контроля эффективности лечения перед 2, 4, 6, 7 курсами полихимиотерапии, и при каждом последующем визите)	Да/Нет
5.	Выполнена пальпация органов брюшной полости (при установлении диагноза, на этапе контроля эффективности лечения перед 2, 4, 6, 7 курсами полихимиотерапии, и при каждом последующем визите)	Да/Нет
6.	Выполнена пальпация шейных, надключичных лимфатических узлов (при установлении диагноза, на этапе контроля эффективности лечения перед 2, 4, 6, 7 курсами полихимиотерапии, и при каждом последующем визите)	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (перед началом специального лечения и на этапе контроля эффективности лечения перед 2, 4, 6, 7 курсами полихимиотерапии)	Да/Нет
8.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (перед началом специального лечения и на этапе контроля эффективности лечения перед 2, 4, 6, 7 курсами полихимиотерапии)	Да/Нет
9.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, альбумин, мочевины, креатинин, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспаратаминотрансфераза (АСТ), исследование уровня электролитов крови (натрий, калий, хлориды)), (перед началом специального лечения и на этапе контроля эффективности лечения перед 2, 4, 6, 7 курсами полихимиотерапии)	Да/Нет
10.	Выполнено определение антител к капсидному антигену (VCA) вируса Эпштейна-Барр (Epstein - Barr virus) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
11.	Выполнено определение антител класса G (IgG) к ранним белкам (EA) вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
12.	Выполнено определение антител класса G (IgG) к ядерному антигену (NA) вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
13.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза)	Да/Нет
14.	Выполнена биопсия первичной опухоли и/или шейного лимфатического узла (при установлении диагноза)	Да/Нет

15.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза)	Да/Нет
16.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза, на этапе контроля эффективности лечения перед 2, 4, 6, 7 курсами полихимиотерапии)	Да/Нет
17.	Выполнена эпифарингоскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет
18.	Выполнена магнитно-резонансная томография носороглотки или компьютерная томография придаточных пазух носа, гортани (при установлении диагноза, на этапе контроля эффективности лечения перед 2, 4, 6, 7 курсами полихимиотерапии)	Да/Нет
19.	Выполнена магнитно-резонансная томография околоносовых пазух с контрастированием или компьютерная томография придаточных пазух носа, гортани с контрастированием (при установлении диагноза, на этапе контроля эффективности лечения перед 2, 4, 6, 7 курсами полихимиотерапии)	Да/Нет
20.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга или компьютерная томография головного мозга (при установлении диагноза и на этапе контроля эффективности лечения перед 2, 4, 6, 7 курсами полихимиотерапии)	Да/Нет
21.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием или компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза, на этапе контроля эффективности лечения перед 2, 4, 6, 7 курсами полихимиотерапии)	Да/Нет
22.	Выполнено ультразвуковое исследование мягких тканей шеи (при установлении диагноза, на этапе контроля эффективности лечения перед 2, 4, 6, 7 курсами полихимиотерапии)	Да/Нет

3.2.8.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке носоглотки (коды по МКБ – 10: C11)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена биопсия слизистой оболочки носоглотки или измененных регионарных лимфоузлов с последующим патолого-анатомическим исследованием (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
3.	Выполнен первый курс адьювантной химиотерапии или таргетной терапии не позднее 30 дней от момента хирургического вмешательства (при проведении адьювантной химиотерапии и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)	Да/Нет
5.	Выполнена лучевая терапия с химиотерапией или таргетной терапией (при стадии T3-T4 и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена химиотерапия или таргетная терапия или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии или таргетной терапии или лучевой терапии)	Да/Нет

7.	Начат первый курс химиотерапии или таргетной терапии не позднее 30 дней от момента выявления метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.8.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке носоглотки (коды по МКБ – 10: C11)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена биопсия слизистой оболочки носоглотки или измененных регионарных лимфоузлов с последующим патолого-анатомическим исследованием (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
3.	Выполнен первый курс адъювантной химиотерапии или таргетной терапии не позднее 30 дней от момента хирургического вмешательства (при проведении адъювантной химиотерапии и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)	Да/Нет
5.	Выполнена лучевая терапия с химиотерапией или таргетной терапией (при стадии T3-T4 и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена химиотерапия или таргетная терапия или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии или таргетной терапии или лучевой терапии)	Да/Нет
7.	Начат первый курс химиотерапии или таргетной терапии не позднее 30 дней от момента выявления метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.9.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при гастроинтестинальных стромальных опухолях (коды по МКБ - 10: C15-C20; C48)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-онколога или прием (осмотр, консультация) врача-хирургом	Да/Нет
2.	Выполнение патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	Да/Нет

3.2.9.2 Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гастроинтестинальных стромальных опухолях (коды по МКБ - 10: C15-C20; C48)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-онколога или прием (осмотр, консультация) врача-хирургом	Да/Нет
2.	Выполнено хирургическое вмешательство (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнение патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	Да/Нет

4.	Отсутствие осложнений в раннем послеоперационном периоде (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
----	--	--------

3.2.10.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке пищевода и кардии (коды по МКБ – 10: C15, C16.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пищевода или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пищевода с применением иммуногистохимических методов	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и/или компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (шейных и надключичных лимфатических узлов) (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Проведена предоперационная химиотерапия или химиолучевая терапия при IIB - III стадии (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пищевода или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пищевода с применением иммуногистохимических методов (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
8.	Проведена химиотерапия и/или лучевая терапия (при наличии патолого-анатомической верификации диагноза, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
9.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза)	
10.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пищевода или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пищевода с применением иммуногистохимических методов	

3.2.10.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке пищевода и кардии (коды по МКБ – 10: C15, C 16.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пищевода или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пищевода с применением иммуногистохимических методов	Да/Нет

3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и/или компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (шейных и надключичных лимфатических узлов) (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Проведена предоперационная химиотерапия или химиолучевая терапия при IIВ - III стадии (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пищевода или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пищевода с применением иммуногистохимических методов (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
8.	Проведена химиотерапия и/или лучевая терапия (при наличии патолого-анатомической верификации диагноза, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
9.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза)	
10.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пищевода или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пищевода с применением иммуногистохимических методов	

3.2.11.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при злокачественных новообразованиях ободочной кишки и ректосигмоидного отдела (коды по МКБ - 10: C18, C19)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография легких или компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга перед началом 1-го курса химиотерапии (если пациенту показано проведение химиотерапии или таргетной терапии при поражении метастазами только печени)	Да/Нет
3.	Выполнена видеокOLONOSКОПИЯ или ирригоскопия или компьютерно-томографическая колоноскопия до хирургического вмешательства или в течение 3 мес. после хирургического вмешательства	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала (при установлении диагноза, за исключением случаев экстренной хирургии)	Да/Нет
5.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене KRAS в биопсийном (операционном) материале или молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене NRAS в биопсийном (операционном) материале или молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене BRAF в биопсийном (операционном) материале (при метастатической болезни)	Да/Нет

6.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
7.	Назначено определение микросателлитной нестабильности в биопсийном (операционном) материале методом ПЦР (при II стадии болезни)	Да/Нет
8.	Выполнен первый курс адъювантной химиотерапии не позднее 60 дней с момента хирургического вмешательства (при проведении адъювантной химиотерапии и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.11.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях ободочной кишки и ректосигмоидного отдела (коды по МКБ - 10: C18, C19)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга перед началом 1-го курса химиотерапии (при поражении метастазами только печени)	Да/Нет
3.	Выполнен первый курс адъювантной химиотерапии не позднее 60 дней с момента хирургического вмешательства (при проведении адъювантной химиотерапии и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнены инфузии фторурацила через центральный венозный доступ (при проведении 46-часовой в/в инфузии фторурацила при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.12.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при нейроэндокринных опухолях (коды по МКБ - 10: C15, C16, C17, C18, C19.9, C20.9, C21, C23, C24, C25, C26, C34, C37.9, C73.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография легких или компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией всего тела или области головы (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза (комплексное) или компьютерная томография органов малого таза или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов	Да/Нет

3.2.12.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при

нейроэндокринных опухолях (коды по МКБ - 10: C15, C16, C17, C18, C19.9, C20.9, C21, C23, C24, C25, C26, C34, C37.9, C73.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов	Да/Нет

3.2.13.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при плоскоклеточном раке анального канала, анального края, перианальной кожи (коды по МКБ – 10: C21, C44.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала (при установлении диагноза, за исключением случаев экстренной хирургии)	Да/Нет
3.	Проведена оценка осложнений химиолучевой терапии по шкале RTOG или по шкале NCI-CTCAE (при химиолучевой терапии)	Да/Нет

3.2.13.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при плоскоклеточном раке анального канала, анального края, перианальной кожи (коды по МКБ – 10: C21, C44.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала (при установлении диагноза, за исключением случаев экстренной хирургии)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
3.	В объём облучения включены паховые лимфатические узлы (при химиолучевой терапии)	Да/Нет
4.	Проведена химиолучевая терапия в СОД не менее 48 Гр (при стадии T1-2N0-2M0, за исключением случаев экстренного хирургического лечения по поводу острого кровотечения)	Да/Нет
5.	Проведена оценка осложнений химиолучевой терапии по шкале RTOG или по шкале NCI-CTCAE (при химиолучевой терапии)	Да/Нет

3.2.14.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке гортаноглотки (коды по МКБ – 10: C12, C13)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена шейная лимфодиссекция с удалением II-IV групп шейных лимфатических узлов (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.2.14.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке гортаноглотки (коды по МКБ – 10: C12, C13)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена шейная лимфодиссекция с удалением II-IV групп шейных лимфатических узлов (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
----	---	--------

3.2.15.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке желудка (коды по МКБ – 10: C16)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена биопсия желудка (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала желудка с применением гистохимических или иммуногистохимических методов (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена рентгенография желудка (при распространении опухоли на пищевод или признаках стеноза)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи и надключичных лимфатических узлов	Да/Нет
7.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	Да/Нет
8.	В послеоперационном патолого-анатомическом заключении указано число удаленных лимфоузлов, число исследованных лимфоузлов, число лимфоузлов, пораженных метастазами, вовлечение или невовлечение в процесс серозной оболочки, висцеральной брюшины	Да/Нет
9.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый перед началом курса химиотерапии и/или лучевой терапии	Да/Нет
10.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.15.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке желудка (коды по МКБ – 10: C16)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	Да/Нет
2.	Выполнена диагностическая лапароскопия (при стадиях T2-4N+M0)	Да/Нет
3.	При лапароскопии выполнена биопсия участков брюшины или органа, подозрительных на опухолевые проявления, взяты смывы с брюшины	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое вмешательство (при стадии с T1-4NxM0)	Да/Нет
5.	Выполнена лимфаденэктомия уровня D2 (при стадии с T2-4NxM0)	Да/Нет
6.	В послеоперационном патолого-анатомическом заключении указано число удаленных лимфоузлов, число исследованных лимфоузлов, число лимфоузлов, пораженных метастазами, вовлечение или невовлечение в процесс серозной оболочки, висцеральной брюшины	Да/Нет
7.	Выполнена химиотерапия или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии или лучевой терапии)	Да/Нет
8.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.16.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке желчевыводящей системы (коды по МКБ – 10: C22.1, C23, C24.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-онколога	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала (при установлении диагноза, за исключением случаев экстренной хирургии)	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала печени с применением иммуногистохимических методов или с применением гистохимических методов (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.2.16.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке желчевыводящей системы (коды по МКБ – 10: C22.1, C23, C24.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала (при установлении диагноза, за исключением случаев экстренной хирургии)	Да/Нет
2.	Выполнена предоперационная декомпрессия желчевыводящих путей (чрескожная чрезпеченочная холангиостомия, эндоскопическое назобилиарное дренирование, стентирование желчных протоков) (при механической желтухе)	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала печени с применением иммуногистохимических методов или с применением гистохимических методов (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.2.17.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке прямой кишки (коды по МКБ – 10: C20)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена биопсия опухоли толстой или прямой кишки эндоскопическая с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала (при установлении диагноза, за исключением случаев экстренной хирургии)	Да/Нет
4.	Наличие назначения теста опухоли на определение микросателлитных повторов ДНК в биопсийном (операционном) материале методом полимеразной цепной реакции у пациентов с метастатическим раком прямой кишки при II стадии болезни	Да/Нет

5.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене BRAF в биопсийном (операционном) материале (при метастатической болезни)	Да/Нет
6.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене KRAS в биопсийном (операционном) материале (при метастатической болезни)	Да/Нет
7.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене NRAS в биопсийном (операционном) материале (при метастатической болезни)	Да/Нет
8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга (в случае, если пациенту показано проведение химиотерапии или таргетной терапии и при поражении метастазами только печени перед началом 1 курса химиотерапии)	Да/Нет
9.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.2.17.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке прямой кишки (коды по МКБ – 10: C20)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга (в случае, если пациенту показано проведение химиотерапии или таргетной терапии и при поражении метастазами только печени перед началом 1 курса химиотерапии)	Да/Нет
2.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене BRAF в биопсийном (операционном) материале (при метастатической болезни)	Да/Нет
3.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене KRAS в биопсийном (операционном) материале (при метастатической болезни)	Да/Нет
4.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене NRAS в биопсийном (операционном) материале (при метастатической болезни)	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.2.18.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при раке желчевыводящей системы (коды по МКБ - 10: C22.1, C23, C24.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского онколога (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.2.18.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при раке желчевыводящей системы (коды по МКБ - 10: C22.1, C23, C24.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского онколога	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала печени (в том числе, с применением иммуногистохимических методов) (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
7.	Проведена химиотерапия и/или лучевая и/или иммунотерапия и/или фотодинамическая и/или интервенционно-радиологическая терапия (при распространенном неоперабельном опухолевом процессе при удовлетворительном состоянии)	Да/Нет

3.2.19.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке печени (гепатоцеллюлярный) (коды по МКБ – 10: C22.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Установлена стадия заболевания в соответствии с действующей классификацией TNM (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Определен класс цирроза печени по классификации Child – Pugh	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.2.19.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке печени (гепатоцеллюлярный) (коды по МКБ – 10: C22.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Установлена стадия заболевания в соответствии с действующей классификацией TNM (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Определен класс цирроза печени по классификации Child – Pugh	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.2.20.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при гепатобластоме (коды по МКБ - 10: C22.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - детского онколога (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, натрий, калий) (перед началом каждого курса химиотерапии)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (перед началом каждого курса химиотерапии)	Да/Нет

3.2.20.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при гепатобластоме (коды по МКБ - 10: C22.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - детского онколога	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при установлении диагноза, за исключением пациентов в возрасте от 6 месяцев до 3 лет с повышенными значениями альфа-фетопротеина в сыворотке крови)	Да/Нет

3.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным введением гепатотропного контрастного препарата (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным введением гепатотропного контрастного препарата или компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при установленном диагнозе в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
7.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, натрий, калий) (перед началом каждого курса химиотерапии в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
8.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (перед началом каждого курса химиотерапии в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
9.	Выполнена оценка скорости клубочковой фильтрации (перед началом каждого курса химиотерапии с применением цисплатина)	Да/Нет
10.	Выполнено введение химиотерапевтических препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 3 л/м ² /сутки (при внутривенной полихимиотерапии)	Да/Нет

3.2.21.1. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при саркоме мягких тканей (коды по МКБ - 10: C22.4, C48.0, C49.0, C49.1, C49.2, C49.3, C49.4, C49.5, C49.6, C49.7, C49.8, C49.9, C76.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Проведены анализ факторов риска и стратификация по группам риска (при верифицированной рабдомиосаркомой или рабдомиосаркомоподобной саркомой мягких тканей до начала специфической терапии)	Да/Нет
2.	Выполнена спинномозговая пункция (при установлении диагноза саркома мягких тканей параменингеальной локализации)	Да/Нет
3.	Выполнено цитологическое исследование клеток спинномозговой жидкости (при установлении диагноза саркома мягких тканей параменингеальной локализации)	Да/Нет
4.	Выполнено цитологического препарата костного мозга путем пункции (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена магнитно-резонансная томография пораженной области с контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнена сцинтиграфия костей всего тела (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза)	Да/Нет

10.	Выполнено ультразвуковое исследование почек (при установлении диагноза)	Да/Нет
11.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
12.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
13.	Выполнены визуальный осмотр пациента терапевтический, пальпация терапевтическая, аускультация терапевтическая (при установлении диагноза, при каждом приеме врача-детского онколога)	Да/Нет
14.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза)	Да/Нет
15.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (лактатдегидрогеназа, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин, щелочная фосфатаза, общий белок, альбумин, креатинин, мочевины, мочевая кислота калий, натрий, хлор, кальций) (при установлении диагноза, при каждом приеме врача-детского онколога)	Да/Нет
16.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза, при каждом приеме врача-детского онколога)	Да/Нет
17.	Выполнена биопсия первичной опухоли и/или метастатического очага (при установлении диагноза)	Да/Нет
18.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала ткани первичной опухоли и/или метастатического очага	Да/Нет

3.2.21.2. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при саркоме мягких тканей (коды по МКБ - 10: C22.4, C48.0, C49.0, C49.1, C49.2, C49.3, C49.4, C49.5, C49.6, C49.7, C49.8, C49.9, C76.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнены визуальный осмотр пациента терапевтический, пальпация терапевтическая, аускультация терапевтическая (при установлении диагноза, при каждом приеме врача-детского онколога, перед каждым циклом химиотерапии)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза, при каждом приеме врача-детского онколога, перед каждым циклом химиотерапии)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (лактатдегидрогеназа, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин, щелочная фосфатаза, общий белок, альбумин, креатинин, мочевины, мочевая кислота калий, натрий, хлор, кальций) (при установлении диагноза, при каждом приеме врача-детского онколога, перед каждым циклом химиотерапии)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза, при каждом приеме врача-детского онколога, перед каждым циклом химиотерапии)	Да/Нет

3.2.22.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке гортани (коды по МКБ - 10: C32)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена биопсия опухоли или измененных регионарных лимфоузлов с последующим патолого-анатомическим исследованием (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена профилактическая шейная лимфодиссекция (при хирургическом вмешательстве и при локализации опухоли в надскладочном отделе гортани)	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала с применением иммуногистохимических методов (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
4.	Проведена послеоперационная химиотерапия (при обнаружении опухоли в крае резекции или экстракапсулярном распространении)	Да/Нет

3.2.22.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке гортани (коды по МКБ – 10: C32)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена биопсия опухоли или измененных регионарных лимфоузлов с последующим патолого-анатомическим исследованием (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена профилактическая шейная лимфодиссекция (при хирургическом вмешательстве и при локализации опухоли в надскладочном отделе гортани)	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала с применением иммуногистохимических методов (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
4.	Проведена послеоперационная химиотерапия (при обнаружении опухоли в крае резекции или экстракапсулярном распространении)	Да/Нет

3.2.23.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при злокачественных новообразованиях бронхов и легкого (коды по МКБ - 10: C34)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием или компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	Да/Нет
4.	Выполнено определение экспрессии белка PDL1 иммуногистохимическим методом (При отрицательных или неизвестных данных о наличии мутаций EGFR или транслокаций ALK, при неплоскоклеточном и плоскоклеточном немелкоклеточного рака)	Да/Нет
5.	Проведена химиолучевая терапия (при III стадии и при наличии противопоказаний к хирургическому вмешательству)	Да/Нет
6.	Проведена неoadьювантная или адьювантная химиотерапия (при IIIa стадии)	Да/Нет
7.	Проведена таргетная терапия при наличии выявленной активирующей мутации (EGFR, ALK, ROS1, BRAF)	Да/Нет

3.2.23.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях бронхов и легкого (коды по МКБ - 10: С34)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием или компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	Да/Нет
4.	Выполнено определение экспрессии белка PDL1 иммуногистохимическим методом (при отрицательных или неизвестных данных о наличии мутаций EGFR или транслокаций ALK, при неплоскоклеточном и плоскоклеточного немелкоклеточного рака)	Да/Нет
5.	Проведена химиолучевая терапия (при III стадии и при наличии противопоказаний к хирургическому вмешательству)	Да/Нет
6.	Проведена неoadъювантная или адъювантная химиотерапия (при IIIa стадии)	Да/Нет
7.	Проведена таргетная терапия при наличии выявленной активирующей мутации (EGFR, ALK, ROS1, BRAF)	Да/Нет
8.	Выполнено хирургическое вмешательство с ипсилатеральной медиастинальной лимфодиссекцией (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.24.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при опухолях средостения (коды по МКБ – 10: С37.9, С38.1, С38.2, С38.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.2.24.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при опухолях средостения (коды по МКБ – 10: С37.9, С38.1, С38.2, С38.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.2.25.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке поджелудочной железы (коды по МКБ – 10: С25)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-	Да/Нет

	резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и/или ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при отсутствии показаний к вышеизложенным методам визуализации) (при установлении диагноза)	
2.	Выполнено исследование уровня антигена аденогенных раков СА 19-9 в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами (при хирургическом вмешательстве, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Произведена рентгенологическая оценка резектабельности (при неметастатическом раке поджелудочной железы)	Да/Нет
6.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала поджелудочной железы (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более, чем за 5 дней до начала курса химиотерапии, не более, чем за 14 дней до начала первого курса химиотерапии и/или лучевой терапии	Да/Нет

3.2.25.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке поджелудочной железы (коды по МКБ – 10: C25)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и/или ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при отсутствии показаний к вышеизложенным методам визуализации) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня антигена аденогенных раков СА 19-9 в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами (при хирургическом вмешательстве, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Произведена рентгенологическая оценка резектабельности (при неметастатическом раке поджелудочной железы)	Да/Нет
6.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала поджелудочной железы (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более, чем за 5 дней до начала курса химиотерапии, не более, чем за 14 дней до начала первого курса химиотерапии и/или лучевой терапии	Да/Нет

3.2.26.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке полости носа и придаточных пазух (коды по МКБ – 10: C30, C31)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена биопсия опухоли или измененных регионарных лимфоузлов с последующим патолого-анатомическим исследованием (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
3.	Выполнена лучевая терапия с химиотерапией или таргетной терапией (при стадии Т3-Т4 и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.26.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке полости носа и придаточных пазух (коды по МКБ – 10: С30, С31)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена биопсия опухоли или измененных регионарных лимфоузлов с последующим патолого-анатомическим исследованием (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
3.	Выполнена лучевая терапия с химиотерапией или таргетной терапией (при стадии Т3-Т4 и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.27.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке трахеи (коды по МКБ – 10: С33)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи и надключичных лимфатических узлов (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена химиотерапия или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии или лучевой терапии)	Да/Нет
3.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.27.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке трахеи (коды по МКБ – 10: С33)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена химиотерапия или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии или лучевой терапии)	Да/Нет
2.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.28.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при экстракраниальных герминогенно-клеточных опухолях (коды по МКБ - 10: С38.1, С48.0, С49.0, С49.5, С49.9, С62, С62.0, С62.1, С62.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - детского онколога (при установлении диагноза)	Да/Нет

2.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина в крови (перед каждым курсом полихимиотерапии)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено определение активности лактатдегидрогеназы в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.2.28.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при экстракраниальных герминогенно-клеточных опухолях (коды по МКБ - 10: С38.1, С48.0, С49.0, С49.5, С49.9, С62, С62.0, С62.1, С62.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, натрий, калий, хлор) (перед каждым курсом полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (перед каждым курсом полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (перед каждым курсом полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или химиотерапии)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - детского онколога (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости не реже 1 раза в 2 месяца	Да/Нет
7.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза в случае, если не выполнеа)	Да/Нет
8.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (перед хирургическим лечением)	Да/Нет
10.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием полости (перед хирургическим лечением)	Да/Нет
11.	Выполнена сцинтиграфия костей всего тела (при установлении диагноза)	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина в крови(при установлении диагноза)	Да/Нет
13.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина в крови (перед каждым курсом полихимиотерапии)	Да/Нет
14.	Выполнено исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
15.	Выполнено исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови перед каждым курсом полихимиотерапии	Да/Нет
16.	Выполнено определение активности лактатдегидрогеназы в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет

17.	Выполнено определение активности лактатдегидрогеназы в крови (перед каждым курсом полихимиотерапии)	Да/Нет
18.	Выполнено патолого-анатомическое исследование ткани первичной опухоли и/или очагов, подозрительных на метастатические (при биопсии и/или при хирургическом вмешательстве на этапе диагностики) (при установлении диагноза)	Да/Нет
19.	Выполнено удаление опухоли без повреждения ее капсулы (при радикальном хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
20.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное), ультразвуковое исследование забрюшинного пространства, ультразвуковое исследование органов малого таза (комплексное) и первичного опухолевого очага (при установлении диагноза)	Да/Нет
21.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное), ультразвуковое исследование забрюшинного пространства, ультразвуковое исследование органов малого таза (комплексное) и первичного опухолевого очага перед началом каждого курса химиотерапии	Да/Нет

3.2.29. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи при герминогенных опухолях у мужчин (взрослые) (коды по МКБ - 10: С38.1, С38.2, С38.3, С38.8, С48.0, С48.8, С62)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови и исследование уровня хорионического гонадотропина в крови (перед и после хирургического вмешательства)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала (при установлении диагноза, за исключением случаев экстренной хирургии)	Да/Нет
3.	Пациенту предложена криоконсервация спермы до начала химиотерапии	Да/Нет
4.	Начата адьювантная химиотерапия в течение 6 недель после орхифуникулэктомии (при наличии медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Проведен следующий курс полихимиотерапии не позднее 22-го дня с момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.29.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи при герминогенных опухолях у мужчин (взрослые) (коды по МКБ - 10: С38.1, С38.2, С38.3, С38.8, С48.0, С48.8, С62)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови и исследование уровня хорионического гонадотропина в крови (перед и после хирургического вмешательства)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала (при установлении диагноза, за исключением случаев экстренной хирургии)	Да/Нет
3.	В протоколе прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала содержится информация о наличии или отсутствии сосудистой инвазии, прорастании в сеть яичка	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое вмешательство (при несеминоме)	Да/Нет

5.	Пациенту предложена криоконсервация спермы до начала химиотерапии	Да/Нет
6.	Начата адьювантная химиотерапия в течение 6 недель после орхифуникулэктомии (при наличии медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Проведен следующий курс полихимиотерапии не позднее 22-го дня с момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.30.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при злокачественных новообразованиях костей и суставных хрящей: остеосаркома, саркома Юинга (коды по МКБ - 10: C40, C41)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография области первичного поражения в двух проекциях с масштабной разметкой (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (белок, билирубин, мочеви́на, креатинин, аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, щелочная фосфатаза, натрий, калий, кальций, хлор, определение клиренса креатинина) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.2.30.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при злокачественных новообразованиях костей и суставных хрящей: остеосаркома, саркома Юинга (коды по МКБ - 10: C40, C41)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена биопсия кости и патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костной ткани с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при установлении диагноза в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3.	Выполнена рентгенография области первичного поражения в двух проекциях с масштабной разметкой (при установлении диагноза в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография пораженной области с контрастным усилением и магнитно-резонансная томография пораженной области с контрастным усилением (при установлении диагноза в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (белок, билирубин, мочеви́на, креатинин, аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, щелочная фосфатаза, натрий, калий, кальций, хлор, определение клиренса креатинина) (при установлении диагноза в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет

6.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
8.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при установлении диагноза в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
9.	Выполнено исследование мочи методом Нечипоренко (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.2.31.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при меланоме кожи и слизистых оболочек (коды по МКБ - 10: C43, C51, C60.9, C63.2, C69.0, C00-C26, C30-C32, C52, C53 C77, C78, C79, D03.0- D03.9, D22, Q82.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (регионарных) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза (комплексное) и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза для стадии IIА-IV)	Да/Нет
3.	Дана рекомендация по проведению биопсии сторожевого лимфатического узла пациентам с толщиной меланомы кожи по Breslow более 0,8 мм	Да/Нет
4.	Назначена химиотерапия и/или иммунотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия (при установленном диагнозе в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний к проведению химиотерапии и/или иммунотерапии и/или таргетной терапии, и/или лучевой терапии)	Да/Нет

3.2.31.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при меланоме кожи и слизистых оболочек (коды по МКБ - 10: C43, C51, C60.9, C63.2, C69.0, C00-C26, C30-C32, C52, C53 C77, C78, C79, D03.0- D03.9, D22, Q82.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала (за исключением случаев явной клинической картины опухоли кожи и случаев экстренной хирургии)	Да/Нет
2.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием (при впервые выявленной IV стадии не позднее 30 дней от момента установления диагноза метастатической меланомы, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнена оценка риска прогрессирования у пациентов с I-III стадией заболевания в соответствии с классификацией AJCC/UICC TNM 8 (при установленном диагнозе)	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография легких и/или компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза для стадии IIА-IV)	Да/Нет
5.	Выполнена химиотерапия и/или иммунотерапия, и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия (при установленном диагнозе, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала или патолого-анатомическое исследование операционного с окраской гематоксилином и эозином и патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла с	Да/Нет

	применением иммуногистохимических методов (при отсутствии признаков опухоли на уровне световой микроскопии) с указанием количества удаленных лимфатических узлов, количества метастатически пораженных лимфатических узлов и характера поражения метастатических узлов (размера микрометастазов при их выявлении) (при хирургическом лечении в объеме биопсии сторожевого лимфатического узла (узлов))	
7.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла с указанием количества удаленных лимфатических узлов, количества метастатически пораженных лимфатических узлов и характера поражения метастатических узлов (конгломераты, прорастание капсулы) (при хирургическом лечении в объеме регионарной лимфаденэктомии)	Да/Нет
8.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с указанием толщины первичной опухоли по Бреслоу, наличия или отсутствия изъязвления, оценки расстояния от всех (латеральных и глубокого) краев резекции до ближайшего края опухоли (при хирургическом лечении по поводу первичной меланомы кожи)	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза для стадии IIВ-IV)	Да/Нет
10.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза (комплексное) и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза для стадии IIА-IV)	Да/Нет
11.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (регионарных) (при установлении диагноза)	Да/Нет
12.	Дана рекомендация по проведению биопсии сторожевого лимфатического узла пациентам с толщиной меланомы кожи по Бреслоу более 0,8 мм	Да/Нет
13.	Даны рекомендации по проведению адьювантной терапии у пациентов после хирургического лечения по поводу меланомы кожи высокого риска в соответствии с настоящими рекомендациями	Да/Нет
14.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - детского онколога, консультации врача-детского онколога, прием (осмотр, консультация) врача-нейрохирурга и/или прием (осмотр, консультация) врача-радиотерапевта (при метастатическом поражением головного мозга)	Да/Нет
15.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене BRAF в биопсийном (операционном) материале (при метастатической болезни (III и IV стадия или эквивалент))	Да/Нет
16.	Выполнено на молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене с-KIT в биопсийном (операционном) материале (при метастатической болезни (III и IV стадия или эквивалент), при отрицательном результате молекулярно-генетического исследования мутаций в гене BRAF в биопсийном (операционном) материале)	Да/Нет

3.2.32.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при меланоме кожи и слизистых оболочек (коды по МКБ - 10: C43, C51, C60.9, C63.2, C69.0, C00-C26, C30-C32, C52, C53 C77, C78, C79 D03.0-D03.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Выполнено ультразвуковое исследование регионарных лимфатических узлов (при установлении диагноза для всех стадий)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза для стадий IIА–IV)	Да/Нет
3.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза для стадий IIА–IV)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза для стадии IIВ–IV)	Да/Нет
5.	Проведен хирургический отступ не менее 1 см и не более 2 см (при первичной инвазивной меланоме кожи, при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
6.	Выполнена биопсия сторожевого лимфатического узла (при толщине меланомы кожи по Бреслоу более 0,8 мм)	Да/Нет
7.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием не позднее 30 дней от момента установления диагноза (при впервые выявленной IV стадии метастатической меланомы)	Да/Нет
8.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи (до начала лечения, за исключением случаев явной клинической картины опухоли кожи и случаев экстренной хирургии)	Да/Нет
9.	Выполнена оценка риска прогрессирования (у пациентов с I–III стадией заболевания в соответствии с классификацией AJCC/UICC TNM 8-го пересмотра)	Да/Нет
10.	Выполнено молекулярно-генетического исследование мутаций в гене BRAF в биопсийном (операционном) материале (в случае метастатической болезни III и IV стадий или эквивалентной, если ранее тест не выполнялся)	Да/Нет
11.	Выполнено молекулярно-генетического исследование мутаций в гене с-KIT в биопсийном (операционном) материале (в случае отсутствия мутации в гене BRAF, в случае метастатической болезни III и IV стадий или эквивалентной, если ранее тест не выполнялся)	Да/Нет
12.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный и/или осмотр (консультация) врачом-радиотерапевтом первичный (у пациента с метастатическим поражением головного мозга)	Да/Нет
13.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-нейрохирурга первичный и/или осмотр (консультация) врачом-радиотерапевтом первичный (у пациента с метастатическим поражением головного мозга)	Да/Нет
14.	Назначены моноклональные антитела (у пациентов с метастатической меланомой или нерезектабельной, с наличием мутации V600 в гене BRAF), (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
15.	Назначены ингибиторы протеинкиназы в монотерапии или ингибиторов протеинкиназы в комбинации с ингибиторами протеинкиназы MEK (у пациентов с метастатической меланомой или нерезектабельной, с наличием мутации V600 в гене BRAF, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

16.	Назначены моноклональные антитела (у пациентов с метастатической или нерезектабельной меланомой, без мутации V600 в гене BRAF, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала удаленных тканей (с указанием толщины первичной опухоли по Бреслоу, наличия или отсутствия изъязвления, оценки расстояния от всех (латеральных и глубокого) краев резекции до ближайшего края опухоли, при хирургическом вмешательстве по поводу первичной меланомы кожи)	Да/Нет
18.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала лимфоузла (с указанием количества удаленных лимфатических узлов, количества метастатически пораженных лимфатических узлов и характера поражения метастатических узлов (конгломераты, прорастание капсулы), при хирургическом вмешательстве в объеме регионарной лимфаденэктомии)	Да/Нет
19.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла (при окраске гематоксилином и эозином, с указанием количества удаленных лимфатических узлов, количества метастатически пораженных лимфатических узлов и характера поражения метастатических узлов (размера микрометастазов при их выявлении) (при хирургическом вмешательстве в объеме биопсии сторожевого лимфатического узла (узлов))	Да/Нет
20.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала сторожевого лимфатического узла (узлов) с применением иммуногистохимических методов (с указанием количества удаленных лимфатических узлов, количества метастатически пораженных лимфатических узлов и характера поражения метастатических узлов (размера микрометастазов) при их выявлении), (при отсутствии признаков опухоли на уровне световой микроскопии, при хирургическом вмешательстве в объеме биопсии сторожевого лимфатического узла (узлов))	Да/Нет
21.	Начат первый курс химиотерапии и/или таргетной терапии, и/или иммунотерапии не позднее 30 дней от момента выявления метастатической болезни (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
22.	Проведен первый курс адъювантной терапии не позднее 12 недель от момента хирургического вмешательства (при наличии показаний к проведению адъювантной терапии, при условии отсутствия послеоперационных осложнений и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.32.1. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при меланоме кожи и слизистых оболочек (коды по МКБ - 10: C43, C51, C60.9, C63.2, C69.0, C00-C26, C30-C32, C52, C53 C77, C78, C79 D03.0-D03.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза для стадий IIА-IV)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и/или компьютерная томография органов брюшной полости	Да/Нет

	и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза для стадии IIВ-IV)	
3.	Проведен хирургический отступ не менее 1 см и не более 2 см (при первичной инвазивной меланоме кожи, при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
4.	Выполнена биопсия сторожевого лимфатического узла (при толщине меланомы кожи по Бреслоу более 0,8 мм)	Да/Нет
5.	Проведена химиотерапия и/или иммунотерапия, и/или таргетная терапия, и/или лучевая терапия (при наличии морфологической верификации диагноза, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено дозиметрическое планирование лучевой терапии	Да/Нет
7.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием не позднее 30 дней от момента установления диагноза (при впервые выявленной IV стадии метастатической меланомы)	Да/Нет
8.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи (до начала лечения, за исключением случаев явной клинической картины опухоли кожи и случаев экстренной хирургии)	Да/Нет
9.	Выполнена оценка риска прогрессирования (у пациентов с I-III стадией заболевания в соответствии с классификацией AJCC/UICC TNM 8-го пересмотра)	Да/Нет
10.	Выполнено молекулярно-генетического исследование мутаций в гене BRAF в биопсийном (операционном) материале (в случае метастатической болезни III и IV стадий или эквивалентной, если ранее тест не выполнялся)	Да/Нет
11.	Выполнено молекулярно-генетического исследование мутаций в гене с-KIT в биопсийном (операционном) материале (в случае отсутствия мутации в гене BRAF, в случае метастатической болезни III и IV стадий или эквивалентной, если ранее тест не выполнялся)	Да/Нет
12.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный и/или осмотр (консультация) врачом-радиотерапевтом первичный (у пациента с метастатическим поражением головного мозга)	Да/Нет
13.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-нейрохирурга первичный и/или осмотр (консультация) врачом-радиотерапевтом первичный (у пациента с метастатическим поражением головного мозга)	Да/Нет
14.	Назначены моноклональные антитела (у пациентов с метастатической меланомой или нерезектабельной, с наличием мутации V600 в гене BRAF), (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
15.	Назначены ингибиторы протеинкиназы в монотерапии или ингибиторов протеинкиназы в комбинации с ингибиторами протеинкиназы MEK (у пациентов с метастатической меланомой или нерезектабельной, с наличием мутации V600 в гене BRAF, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16.	Назначены моноклональные антитела (у пациентов с метастатической или нерезектабельной меланомой, без мутации V600 в гене BRAF, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала удаленных тканей (с указанием толщины первичной опухоли по Бреслоу, наличия или отсутствия изъязвления, оценки расстояния от всех (латеральных и глубокого) краев резекции до ближайшего края опухоли, при	Да/Нет

	хирургическом вмешательстве по поводу первичной меланомы кожи)	
18.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала лимфоузла (с указанием количества удаленных лимфатических узлов, количества метастатически пораженных лимфатических узлов и характера поражения метастатических узлов (конгломераты, прорастание капсулы), при хирургическом вмешательстве в объеме регионарной лимфаденэктомии)	Да/Нет
19.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла (при окраске гематоксилином и эозином, с указанием количества удаленных лимфатических узлов, количества метастатически пораженных лимфатических узлов и характера поражения метастатических узлов (размера микрометастазов при их выявлении) (при хирургическом вмешательстве в объеме биопсии сторожевого лимфатического узла (узлов))	Да/Нет
20.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала сторожевого лимфатического узла (узлов) с применением иммуногистохимических методов (с указанием количества удаленных лимфатических узлов, количества метастатически пораженных лимфатических узлов и характера поражения метастатических узлов (размера микрометастазов) при их выявлении), (при отсутствии признаков опухоли на уровне световой микроскопии, при хирургическом вмешательстве в объеме биопсии сторожевого лимфатического узла (узлов))	Да/Нет
21.	Начат первый курс химиотерапии и/или таргетной терапии, и/или иммунотерапии не позднее 30 дней от момента выявления метастатической болезни (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
22.	Проведен первый курс адьювантной терапии не позднее 12 недель от момента хирургического вмешательства (при наличии показаний к проведению адьювантной терапии, при условии отсутствия послеоперационных осложнений и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.33.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при базальноклеточном раке кожи (коды по МКБ - 10: C44)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала (при установлении диагноза, за исключением случаев экстренной хирургии)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
3.	Назначен висмодегиб (при нерезектабельном или метастатическом базальноклеточном раке при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.33.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при базальноклеточном раке кожи (коды по МКБ - 10: C44)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
2.	Назначен висмодегиб (при нерезектабельном или метастатическом базальноклеточном раке при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.34.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при карциноме Меркеля (коды по МКБ - 10: C44)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала (при установлении диагноза, за исключением случаев экстренной хирургии)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено иммуноцитохимическое исследование с моноклональными антителами материала из различных тканей и органов для выявления метастазов опухоли (цитокератин 20) (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Установлена стадия заболевания в соответствии с действующей классификацией TNM	Да/Нет
5.	Проведен консилиум с участием врача-хирурга, врача-онколога, врача-радиотерапевта после установления диагноза	Да/Нет
6.	Начат первый курс химиотерапии не позднее 15 дней от момента выявления метастатического или неоперабельного местно-распространенного процесса	Да/Нет
7.	Выполнена адьювантная лучевая терапия не позднее 60 дней от момента хирургического вмешательства или окончания курса химиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.34.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при карциноме Меркеля (коды по МКБ - 10: C44)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала (при установлении диагноза, за исключением случаев экстренной хирургии)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено иммуноцитохимическое исследование с моноклональными антителами материала из различных тканей и органов для выявления метастазов опухоли (цитокератин 20) (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Проведен консилиум с участием врача-хирурга, врача-онколога, врача-радиотерапевта после установления диагноза	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое вмешательство (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

6.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 15 дней от момента установления диагноза (при наличии медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Начат первый курс химиотерапии не позднее 15 дней от момента выявления метастатического или неоперабельного местно-распространенного процесса	Да/Нет
8.	Выполнена адъювантная лучевая терапия не позднее 60 дней от момента хирургического вмешательства или окончания курса химиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	Да/Нет

3.2.35.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при плоскоклеточном раке кожи (коды по МКБ – 10: C44, D04)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала (при установлении диагноза, за исключением случаев экстренной хирургии)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
3.	Выполнено назначение терапии моноклональными антителами (при отсутствии медицинских противопоказаний при нерезектабельном или метастатическом плоскоклеточном раке)	Да/Нет

3.2.35.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при плоскоклеточном раке кожи (коды по МКБ – 10: C44, D04)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала (при установлении диагноза, за исключением случаев экстренной хирургии)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
3.	Пациенту с нерезектабельным или метастатическим плоскоклеточным раком назначена терапия моноклональными антителами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.36.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при мезотелиоме плевры, брюшины и других локализаций (коды по МКБ - 10: C45.0, C45.1, C45.2, C45.7, C45.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	Да/Нет

3.2.36.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при мезотелиоме плевры, брюшины и других локализаций (коды по МКБ - 10: C45.0, C45.1, C45.2, C45.7, C45.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	Да/Нет
2.	Выполнение системной химиотерапии 1-й линии по схеме: цисплатин + пеметрексед (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнение системной химиотерапии 2-й линии по схеме: цисплатин + гемцитабин (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Отсутствие кровотечений в раннем послеоперационном периоде (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.2.37.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при нейробластоме (коды по МКБ - 10: С47.3, С47.4, С47.5, С47.6, С47.8, С47.9, С48.0, С74.1, С74.9, С76.0, С76.1, С76.2, С76.7, С76.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - детского онколога	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и зоны первичного опухолевого очага	Да/Нет

3.2.37.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при нейробластоме (коды по МКБ - 10: С47.3, С47.4, С47.5, С47.6, С47.8, С47.9, С48.0, С74.1, С74.9, С76.0, С76.1, С76.2, С76.7, С76.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, натрий, калий, хлор) (перед началом каждого курса химиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении химиотерапии)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочий (перед началом каждого курса химиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении химиотерапии)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (перед началом каждого курса химиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении химиотерапии)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - детского онколога	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза в случае, если не выполнено амбулаторно)	Да/Нет
6.	Выполнена магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием зоны первичного опухолевого очага и/или компьютерная томография зоны первичного опухолевого очага (при установлении диагноза в случае, если не выполнено амбулаторно)	Да/Нет
7.	Выполнена катетеризация подключичной и других центральных вен (при химиотерапии)	Да/Нет
8.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) из четырех точек (за исключением случаев возраста пациента до 3 месяцев с локализованным образованием в области надпочечника)	Да/Нет
9.	Выполнено патолого-анатомическое исследование ткани первичной опухоли и/или очагов, подозрительных на метастатические/костного мозга (за исключением случаев возраста пациента до 3 месяцев с локализованным образованием в области надпочечника)	Да/Нет

10.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и зоны первичного опухолевого очага (при установлении диагноза в случае, если не выполнено амбулаторно)	Да/Нет
-----	---	--------

3.2.38.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при забрюшинных неорганных саркомах (коды по МКБ - 10: C48.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Проведен консилиум с участием врача-хирурга, врача-онколога, врача-радиотерапевта перед хирургическим вмешательством	Да/Нет

3.2.38.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при забрюшинных неорганных саркомах (коды по МКБ - 10: C48.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Проведен консилиум с участием врача-хирурга, врача-онколога, врача-радиотерапевта перед хирургическим вмешательством	Да/Нет

3.2.39.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке вульвы (коды по МКБ – 10: C51)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена патолого-анатомическое исследование биопсийного материала или получено цитологическое подтверждение), за исключением случаев начала лечения с операции.	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала вульвы (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
3.	Установлена стадия заболевания в соответствии с действующими классификациями FIGO и TNM	Да/Нет
4.	Проведен курс химиолучевой терапии не позднее 28-го дня с момента выявления метастатической болезни или циторедуктивной операции при наличии метастазов (при отсутствии послеоперационных осложнений)	Да/Нет

3.2.39.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке вульвы (коды по МКБ – 10: C51)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала (при установлении диагноза, за исключением случаев экстренной хирургии)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала вульвы (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
3.	Установлена стадия заболевания в соответствии с действующими классификациями FIGO и TNM	Да/Нет
4.	Проведен курс химиолучевой терапии не позднее 28-го дня с момента выявления метастатической болезни или циторедуктивной операции при наличии метастазов (при отсутствии послеоперационных осложнений)	Да/Нет

3.2.40.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке яичников, раке маточной трубы, первичном раке брюшины (коды по МКБ – 10: С48.0, С48.1, С48.2, С56, С57)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня антигена аденогенных раков СА 125 в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки или компьютерная томография органов грудной полости или позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более чем за 5 дней до начала курса химиотерапии, и/или таргетной терапии, и/или лучевой терапии	Да/Нет
5.	Выполнена адьювантная химиотерапия не позднее 60 дней от момента хирургического вмешательства (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.40.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке яичников, раке маточной трубы, первичном раке брюшины (коды по МКБ – 10: С48.0, С48.1, С48.2, С56, С57)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного (биопсийного) материала для верификации диагноза на диагностическом этапе (если это не представляется возможным, то получено цитологическое подтверждение) и при хирургическом вмешательстве.	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более чем за 5 дней до начала курса химиотерапии, и/или таргетной терапии, и/или лучевой терапии	Да/Нет
3.	Выполнена адьювантная химиотерапия не позднее 60 дней от момента хирургического вмешательства (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Начат первый курс химиотерапии, или таргетной терапии, или гормонотерапии не позднее 60 дней от момента выявления клинических симптомов прогрессирования (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.41. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при саркоме мягких тканей (коды по МКБ – 10: С49)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-онколога	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости	Да/Нет

3.2.42.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при

злокачественных новообразованиях влагалища (коды по МКБ - 10: C52)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
3.	Установлена стадия заболевания в соответствии с действующими классификациями FIGO и TNM	Да/Нет
4.	Выполнен курс химиолучевой терапии при наличии метастазов (в отсутствии послеоперационных осложнений и медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.42.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях влагалища (коды по МКБ - 10: C52)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
3.	Установлена стадия заболевания в соответствии с действующими классификациями FIGO и TNM	Да/Нет
4.	Выполнен курс химиолучевой терапии при наличии метастазов (в отсутствии послеоперационных осложнений и медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.43. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке шейки матки (коды по МКБ - 10: C53)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1	Выполнена адьювантная лучевая терапия или химиотерапия не позднее 60 дней от момента хирургического вмешательства (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.44.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при неэпителиальных опухолях яичников (коды по МКБ - 10: C56)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня ингибина В в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства или компьютерная томография органов брюшной полости или позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза или компьютерная томография органов малого таза или позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной	Да/Нет

	томографией или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)	
--	---	--

3.2.44.1. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при неэпителиальных опухолях яичников (коды по МКБ - 10: C56)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня ингибина В в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства или компьютерная томография органов брюшной полости или позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза или компьютерная томография органов малого таза или позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.2.45.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при пограничных опухолях яичников (коды по МКБ – 10: C56)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов малого таза или магнитно-резонансная томография органов малого таза	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование малого таза, брюшной полости, забрюшинного пространства, паховых лимфатических узлов	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня антигена аденогенных раков СА 125 в крови	Да/Нет
4.	Выполнен отказ от химиотерапии	Да/Нет

3.2.45.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при пограничных опухолях яичников (коды по МКБ – 10: C56)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов малого таза или магнитно-резонансная томография органов малого таза	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование малого таза, брюшной полости, забрюшинного пространства, паховых лимфатических узлов	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня антигена аденогенных раков СА 125 в крови	Да/Нет
4.	Выполнен отказ от химиотерапии	Да/Нет
5.	Выполнено органосохраняющее хирургическое вмешательство в репродуктивном возрасте по показаниям, при наличии желания у пациентки сохранить репродуктивную функцию.	Да/Нет
6.	Выполнена полная циторедуктивная операция при III стадии серозной пограничной опухоли яичников	Да/Нет

7.	Выполнена полная циторедуктивная операция при рецидивах серозной пограничной опухоли яичников	Да/Нет
8.	Выполнена резекция большого сальника, взят смыв брюшной полости	Да/Нет

3.2.46.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке молочной железы (коды по МКБ – 10: D05, C50)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена биопсия новообразования молочной железы или измененных регионарных лимфоузлов или метастатических очагов с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Установлена стадия заболевания в соответствии с действующими классификациями TNM и Всемирной организации здравоохранения	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
5.	Выполнена адъювантная лучевая терапия после хирургического вмешательства или окончания курса химиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена адъювантная химиотерапия или таргетная терапия или гормонотерапия (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Начата заместительная гормональная терапия (при наличии рецепторов эстрогенов и рецепторов прогестерона в опухоли и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.46.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке молочной железы (коды по МКБ – 10: D05, C50)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена биопсия новообразования молочной железы или измененных регионарных лимфоузлов или метастатических очагов с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Установлена стадия заболевания в соответствии с действующими классификациями TNM и Всемирной организации здравоохранения	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое вмешательство (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
6.	Выполнена адъювантная лучевая терапия после хирургического вмешательства или окончания курса химиотерапии (при наличии	Да/Нет

	медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	
7.	Выполнена адъювантная химиотерапия или таргетная терапия или гормонотерапия (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Начата заместительная гормональная терапия (при наличии рецепторов эстрогенов и рецепторов прогестерона в опухоли и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.47.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке полового члена (коды по МКБ – 10: С60)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Установлена стадия заболевания в соответствии с действующими классификациями TNM и Всемирной организации здравоохранения	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	Да/Нет

3.2.47.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке полового члена (коды по МКБ – 10: С60)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Установлена стадия заболевания в соответствии с действующими классификациями TNM и Всемирной организации здравоохранения	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	Да/Нет

3.2.48.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке предстательной железы (коды по МКБ – 10: С61)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня простатспецифического антигена общего в крови	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование предстательной железы трансректальное	Да/Нет
3.	Выполнена биопсия предстательной железы под контролем ультразвукового исследования	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомического исследование биопсийного материала предстательной железы	Да/Нет
5.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза	Да/Нет

3.2.48.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке предстательной железы (коды по МКБ – 10: С61)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена биопсия предстательной железы под контролем ультразвукового исследования	Да/Нет

2.	Выполнено патолого-анатомического исследование биопсийного материала предстательной железы	Да/Нет
3.	Выполнено хирургическое вмешательство (при локализованном раке предстательной железы и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.49.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке тела матки и саркомы матки (коды по МКБ – 10: C54)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена адъювантная лучевая терапия или химиотерапия не позднее 60 дней от момента хирургического вмешательства (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	Да/Нет

3.2.49.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке тела матки и саркомы матки (коды по МКБ – 10: C54)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена адъювантная лучевая терапия или химиотерапия не позднее 60 дней от момента хирургического вмешательства (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.50.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при трофобластических опухолях (коды по МКБ – 10: C58)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено рентгенологическое исследование легких (компьютерная томография)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза (комплексное)	Да/Нет

3.2.50.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при трофобластических опухолях (коды по МКБ – 10: C58)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина в крови не реже 1 раза в 7 дней после удаления пузырного заноса	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование соскоба полости матки, цервикального канала (после удаления пузырного заноса)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза (комплексное)	Да/Нет
4.	Проведена химиотерапия 1-й линии в соответствии с группой риска	Да/Нет

3.2.51.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке паренхимы почки (коды по МКБ – 10: C64)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства	Да/Нет
2.	Выполнена эхокардиография (при опухолевом венозном тромбозе, распространяющемся выше нижней границы печени)	Да/Нет
3.	Выполнена рентгенография легких или компьютерная томография органов грудной полости	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, определение уровня альбумина в крови и определение уровня общего кальция в крови, ионизированного кальция в крови до начала лекарственной терапии (при метастатическим или местно-распространенным неоперабельным почечно-клеточном раке)	Да/Нет

3.2.51.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке паренхимы почки (коды по МКБ – 10: C64)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена циторедуктивная нефрэктомия (при метастатическом раке почки группы хорошего или промежуточного прогноза IMDC, при способности перенести хирургическое вмешательство)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
3.	Проведена таргетная терапия или иммунотерапия (при метастатическом или местно-распространенном неоперабельном почечно-клеточным раке)	Да/Нет

3.2.52.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при злокачественных новообразованиях почек, почечных лоханок, мочеточника, других и неуточненных мочевых органов (коды по МКБ - 10: C64, C65, C66, C68)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен биохимический общетерапевтический анализ крови (мочевина, креатинин, электролиты, глюкоза, лактатдегидрогеназа, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, билирубин общий и прямой, щелочная фосфатаза, общий белок, альбумин) перед началом лечения на этапе предоперационной терапии, перед началом специфической терапии, в процессе лечения на 0, 15, 28 дни терапии (для локализованных стадий) или на 0, 15, 28, 42 дни терапии (для генерализованных стадий), на этапе послеоперационной терапии – перед каждым введением химиопрепаратов или, если интервал между введениями препаратов больше 1 недели, то не менее 1 раза в неделю	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи перед началом лечения на этапе предоперационной терапии, перед началом специфической терапии, на этапе послеоперационной терапии – перед каждым введением химиопрепаратов или, если интервал между введениями препаратов больше 1 недели, то не менее 1 раза в неделю (по показаниям возможно более частый забор анализов)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с определением уровня гемоглобина, количества эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов перед началом лечения на этапе предоперационной терапии, перед началом специфической	Да/Нет

	терапии, в процессе лечения на 0, 15, 28 дни терапии (для локализованных стадий) или на 0, 15, 28, 42 дни терапии (для генерализованных стадий), на этапе послеоперационной терапии – перед каждым введением химиопрепаратов или, если интервал между введениями препаратов больше 1 недели, то не менее 1 раза в неделю (по показаниям возможно более частый забор анализов)	
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастным усилением или компьютерная томография брюшной полости с контрастным усилением (если невозможно магнитно-резонансная томография исследование) перед началом лечения на этапе предоперационной терапии, а также перед началом специфической терапии	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства перед началом лечения на этапе предоперационной терапии, а также перед началом специфической терапии	Да/Нет
6.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при нефробластоме и при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.2.52.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при злокачественных новообразованиях почек, почечных лоханок, мочеточника, других и неуточненных мочевых органов (коды по МКБ - 10: С64, С65, С66, С68)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с определением уровня гемоглобина, количества эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов перед началом лечения на этапе предоперационной терапии, перед началом специфической терапии, в процессе лечения на 0, 15, 28 дни терапии (для локализованных стадий) или на 0, 15, 28, 42 дни терапии (для генерализованных стадий), на этапе послеоперационной терапии – перед каждым введением химиопрепаратов или, если интервал между введениями препаратов больше 1 недели, то не менее 1 раза в неделю (по показаниям возможно более частый забор анализов)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при нефробластоме при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.2.53.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при уротелиальном раке верхних мочевыводящих путей (коды по МКБ – 10: С65, С66)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена цистоскопия (на диагностическом этапе)	Да/Нет
2.	Выполнено определение экспрессии белка PDL1 иммуногистохимическим методом (при проведении иммунотерапии)	Да/Нет
3.	Выполнена химиотерапия или иммунотерапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии или иммунотерапии)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.2.53.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при уротелиальном раке верхних мочевыводящих путей (коды по МКБ – 10: С65, С66)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение экспрессии белка PDL1 иммуногистохимическим методом (при проведении иммунотерапии)	Да/Нет
2.	Выполнена химиотерапия или иммунотерапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии или иммунотерапии)	Да/Нет
3.	Выполнен 1-й курс системного противоопухолевого лечения (таргетной терапии, иммунотерапии, химиотерапии) не позднее 28-го дня от выявления метастатической болезни (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.2.54.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке мочевого пузыря (коды по МКБ – 10: C67)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Проведено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала удаленных тканей	Да/Нет
3.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.2.54.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке мочевого пузыря (коды по МКБ – 10: C67)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Проведено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	Да/Нет
2.	Выполнено хирургическое вмешательство (при локализованном или местно-распространенном операбельном раке мочевого пузыря и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала удаленных тканей	Да/Нет
4.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.2.55.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке уретры (коды по МКБ – 10: C68.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено физикальное обследование, включающее осмотр и пальпацию полового члена у мужчин, осмотр и пальпацию наружного отверстия уретры и стенок влагалища у женщин, а также промежности и зон регионарного метастазирования (паховые области)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Установлена стадия заболевания в соответствии с действующими классификациями TNM и Всемирной Организации Здравоохранения	Да/Нет

3.2.55.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке уретры (коды по МКБ – 10: C68.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено физикальное обследование, включающее осмотр и пальпацию полового члена у мужчин, осмотр и пальпацию наружного отверстия уретры и стенок влагалища у женщин, а также промежности и зон регионарного метастазирования (паховые области)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Установлена стадия заболевания в соответствии с действующими классификациями TNM и Всемирной Организации Здравоохранения	Да/Нет

3.2.56.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при интраокулярной ретинобластоме (коды по МКБ - 10: C69.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога с оценкой состояния век, положения глаз и объема их движений, фиксации взгляда каждого глаза на неподвижном предмете, реакции зрачка на световой раздражитель, уровня внутриглазного давления (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика (при установлении диагноза и у родственников пациента с ретинобластомой первой степени родства)	Да/Нет
5.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене RBI (при установлении диагноза и у родственников пациента с ретинобластомой первой степени родства)	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (белок, билирубин, мочевины, креатинин, аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, щелочная фосфатаза, натрий, калий, кальций, хлор) (при установлении диагноза и при планировании лечения)	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза и при планировании лечения)	Да/Нет
8.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза и при планировании лечения)	Да/Нет

3.2.56.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при интраокулярной ретинобластоме (коды по МКБ - 10: C69.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное (при установлении диагноза в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет

2.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи (при установлении диагноза в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика (при установлении диагноза и у родственников пациента с ретинобластомой первой степени родства в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
4.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене RBI (при установлении диагноза и у родственников пациента с ретинобластомой первой степени родства в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование глазного яблока и глазницы (при установлении диагноза и при планировании лечения в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
6.	Выполнена визометрия (при установлении диагноза и при планировании лечения)	Да/Нет
7.	Выполнена офтальмотонометрия (при установлении диагноза и при планировании лечения)	Да/Нет
8.	Выполнена биомикроскопия глаза (при установлении диагноза и при планировании лечения)	Да/Нет
9.	Выполнено сканирование глазного дна с помощью ретинальной камеры (при установлении диагноза и при планировании лечения)	Да/Нет
10.	Выполнена офтальмоскопия прямая и обратная при максимальном мидриазе под общей анестезией с использованием офтальмоскопа (при установлении диагноза и при планировании лечения)	Да/Нет
11.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (белок, билирубин, мочевины, креатинин, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, щелочная фосфатаза, натрий, калий, кальций, хлор) (при установлении диагноза и при планировании лечения)	Да/Нет
12.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза и при планировании лечения)	Да/Нет
13.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза и при планировании лечения)	Да/Нет
14.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
15.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
16.	Выполнено ультразвуковое исследование глазного яблока и глазницы (перед началом каждого курса химиотерапии или лучевой терапии в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет

3.2.57.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при увеальной меланоме (коды по МКБ – 10: С69.3, С69.4, С69.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование глазного яблока при меланоме хориоидеи и цилиарного тела, включая ультразвуковую биомикроскопию меланомы радужки или флюоресцентная ангиография меланомы хориоидеи или оптическая когерентная томография меланомы хориоидеи или компьютерная томография орбит и головного мозга или магнитно-резонансная томография	Да/Нет

	орбит и головного мозга или генетические исследования или обследование пациента для исключения отдаленных метастазов или компьютерная томография внутренних органов или магнитно-резонансная томография внутренних органов или позитронно-эмиссионная томография внутренних органов для выявления метастатической болезни	
2.	Выполнено определение группы индивидуального риска и прогноза	Да/Нет

3.2.57.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при увеальной меланоме (коды по МКБ – 10: C69.3, C69.4, C69.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена лазеркоагуляция или брахитерапия или блокэксцизия или энуклеация	Да/Нет

3.2.58. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при злокачественных и доброкачественных новообразованиях мозговых оболочек, головного мозга и других отделов центральной нервной системы (коды по МКБ-10: C70 - C72; C75.1 - C75.5; C75.8; C75.9; D32; D33; D35.2 - D35.4; D35.7 - D35.9; D42; D43; D44.3 - D44.7; D44.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-нейрохирургом при установлении диагноза	Да/Нет
2.	Выполнена консультация врачом-неврологом и врачом-офтальмологом при установлении диагноза	Да/Нет
3.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом при установлении диагноза	
4.	Выполнена консультация врачом-детским эндокринологом при опухолях пинеальной области и/или хиазмально-селлярной области и/или подкорковых структур при установлении диагноза	Да/Нет
5.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга и/или спинного мозга с контрастированием при установлении диагноза	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием при установлении диагноза	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови при опухолях пинеальной области и/или хиазмально-селлярной области и/или подкорковых структур (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина в сыворотке крови при опухолях пинеальной области и/или хиазмально-селлярной области и/или подкорковых структур при установлении диагноза	Да/Нет
9.	Выполнено исследование альфа-фетопротеина в спинномозговой жидкости при опухолях пинеальной области и/или хиазмально-	Да/Нет

	селлярной области и/или подкорковых структур при установлении диагноза (в случае отсутствия внутричерепной гипертензии)	
10.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина в спинномозговой жидкости при опухолях пинеальной области и/или хиазмально-селлярной области и/или подкорковых структур при установлении диагноза в случае отсутствия внутричерепной гипертензии	Да/Нет
11.	Выполнено использование операционного микроскопа при удалении опухоли головного и спинного мозга	Да/Нет
12.	Выполнен просмотр/пересмотр гистологических препаратов врачом-патологоанатомом в медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь (при установлении диагноза)	Да/Нет
13.	Выполнено цитологическое исследование спинномозговой жидкости на наличие опухолевых клеток не ранее 10 дня и не позднее 21 дня от момента хирургического лечения (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
14.	Выполнено морфологическое исследование опухолевой ткани до момента завершения хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
15.	Выполнено морфологическое (гистологическое) и иммуногистохимическое исследование удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
16.	Выполнена повторная компьютерная томография головного мозга не позднее 24 часов от момента завершения хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
17.	Выполнена повторная магнитно-резонансная томография головного мозга и/или спинного мозга с контрастированием не позднее 72 часов от момента завершения хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
18.	Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого курса полихимиотерапии)	Да/Нет
19.	Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от момента установки центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену	Да/Нет
20.	Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки	Да/Нет
21.	Выполнено введение химиотерапевтических препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 3 л/м ² /сутки (при внутривенной полихимиотерапии)	Да/Нет

22.	Выполнен следующий курс полихимиотерапии не позднее 14 или 21 или 28 или 42 дней (в зависимости от схемы полихимиотерапии) от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
23.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-неврологом перед началом каждого курса полихимиотерапии	Да/Нет
24.	Выполнена консультация врачом-неврологом перед началом каждого курса полихимиотерапии	Да/Нет
25.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом перед началом каждого курса полихимиотерапии	Да/Нет
26.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-радиологом перед началом лучевой терапии	Да/Нет
27.	Выполнена консультация/осмотр врачом-неврологом перед началом лучевой терапии	Да/Нет
28.	Выполнена консультация/осмотр врачом-офтальмологом перед началом лучевой терапии	Да/Нет
29.	Выполнена лучевая терапия или лучевая терапия с химиотерапией не позднее 21 - 28 дней от момента хирургического вмешательства или начала предшествовавшего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
30.	Выполнена аудиометрия после лучевой терапии и/или 4 курса полихимиотерапии	Да/Нет
31.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного и/или спинного мозга с внутривенным контрастированием после 2 и 4 и 6 и 8 курсов полихимиотерапии и не ранее 4 недель и не позднее 6 недель после окончания лучевой терапии	Да/Нет
32.	Выполнена компьютерная томография головного мозга при лучевой терапии	Да/Нет
33.	Выполнено исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови после каждого курса полихимиотерапии и через 1 месяц после окончания лучевой терапии (при повышенном уровне на этапе диагностики)	Да/Нет

3.2.59.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при первичных опухолях центральной нервной системы (коды по МКБ - 10: C70, C71, C72)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.2.59.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при

первичных опухолях центральной нервной системы (коды по МКБ - 10: C70, C71, C72)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (на этапе лечения)	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа) (на этапе лечения)	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (на этапе лечения) (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнен осмотр (консультация) врачом-радиологом (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-нейрохирурга (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского онколога (при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога (при установлении диагноза)	Да/Нет
11.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога (при установлении диагноза)	Да/Нет
12.	Выполнен пересмотр гистологического препарата в условиях патоморфологического отделения онкологического учреждения (при выполнении биопсии в условиях онкодиспансера или онкологического отделения многопрофильной больницы)	Да/Нет
13.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
14.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием (после окончания лечения и в дальнейшем через каждые 3 месяца в течение 2 лет после лечения в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
15.	Выполнена магнитно-резонансная томография спинного мозга с контрастированием (после окончания лечения и в дальнейшем через каждые 3 месяца в течение 2 лет после лечения (при медуллобластомах и первичном поражении спинного мозга) в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
16.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при установлении диагноза)	Да/Нет
17.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
18.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.2.60.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослыми при первичных опухолях центральной нервной системы (коды по МКБ - 10: C70, C71, C72)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-онколога	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога	Да/Нет
6.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием	Да/Нет
7.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	Да/Нет
8.	Назначена кортистероидная терапия (при наличии показаний)	Да/Нет
9.	Назначена стероидная терапия (при наличии показаний)	Да/Нет
10.	Проведена антибактериальная терапия в стартовой комбинации цефалоспорином не ниже 3-4-го поколения и противогрибковым препаратом системного действия (при фебрильной нейтропении и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Соблюдены интервалы между курсами химиотерапии от 21 до 28 дней	Да/Нет
12.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием после завершения лечения	Да/Нет
13.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием не реже одного раза в три месяца в течение двух лет после завершения лечения	Да/Нет
14.	Выполнена магнитно-резонансная томография спинного мозга с контрастированием (после окончания лечения и в дальнейшем через каждые 3 мес. в течение 2 лет после лечения при медуллобластомах и первичном поражении спинного мозга)	Да/Нет

3.2.60.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослыми при первичных опухолях центральной нервной системы (коды по МКБ – 10: C70, C71, C72)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	Да/Нет
2.	Проведена антибактериальная терапия в стартовой комбинации цефалоспорином не ниже 3-4-го поколения и противогрибковым препаратом системного действия (при фебрильной нейтропении и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.61.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при медулярном раке щитовидной железы (коды по МКБ - 10: C73)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня кальцитонина в крови (при установлении диагноза при узловом зобе)	Да/Нет
2.	Назначена заместительная гормональная терапия после хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.2.61.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при медулярном раке щитовидной железы (коды по МКБ - 10: C73)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Оценены клинические и анамнестические признаки наличия у пациента рака щитовидной железы (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выбран и выполнен объем хирургического вмешательства в соответствии с предоперационным стадированием медулярного рака щитовидной железы	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня кальцитонина в смыве тонкоигольной аспирационной биопсии (при высоком нормальном уровне базального кальцитонина)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня кальцитонина в крови (при установлении диагноза при узловом зобе)	Да/Нет
5.	Выполнена позитронная эмиссионная томография всего тела с туморотропными РФП (при уровне послеоперационного кальцитонина >150 пг/мл)	Да/Нет
6.	Выполнена магнитно-резонансная томография печени (при уровне послеоперационного кальцитонина >150 пг/мл)	Да/Нет
7.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при уровне послеоперационного кальцитонина >150 пг/мл)	Да/Нет
8.	Проведена заместительная гормональная терапия после хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.2.63. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при раке щитовидной железы (коды по МКБ - 10: C73)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика (при подозрении на наследственную природу заболевания)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня антител к тиреоглобулину в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.2.64.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при медулярном раке щитовидной железы (коды по МКБ - 10: C73)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня кальцитонина в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Начата заместительная гормональная терапия после хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.2.64.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при

медуллярном раке щитовидной железы (коды по МКБ - 10: C73)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня кальцитонина в крови (при узловом зобе при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Начата заместительная гормональная терапия после хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.2.65.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи при дифференцированном раке щитовидной железы у взрослых (коды по МКБ - 10: C73)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня кальцитонина в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы и всех уровней регионарных лимфатических узлов	Да/Нет
4.	Выполнена заместительная гормональная терапия после хирургического вмешательства (при проведении хирургического вмешательства)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови через 6–12 месяцев после операции	Да/Нет

3.2.65.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи при дифференцированном раке щитовидной железы у взрослых (коды по МКБ - 10: C73)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена пункция щитовидной железы под контролем ультразвукового исследования с последующим цитологическим исследованием по протоколу Bethesda Thyroid Classification 2017	Да/Нет
2.	Выполнена заместительная гормональная терапия после хирургического вмешательства (при проведении хирургического вмешательства)	Да/Нет

3.2.66. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при раке коры надпочечника (Адренкортикальный рак) (коды по МКБ - 10: C74)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено определение уровня кортизола в крови в ранние утренние часы на фоне подавляющего теста с 1 мг дексаметазона (при установлении диагноза при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено определение АКТГ в утренние часы (при отсутствии физиологического подавления уровня кортизола по результатам подавляющего теста с 1 мг дексаметазона при установлении диагноза при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза)	Да/Нет

5.	Проведена заместительная терапия надпочечниковой недостаточности (при наличии адренокортикального рака и гиперкортицизма, в послеоперационном периоде)	Да/Нет
6.	Проведено стадирование опухолевого процесса по TNM и ENSAT (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.2.67.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке коры надпочечника (Адренокортикальный рак) (коды по МКБ – 10: C74)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при невозможности выполнения компьютерной томографии органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием)	Да/Нет
2.	Выполнено определение кортизола в ранние утренние часы на фоне подавляющего теста с 1 мг дексаметазона. При отсутствии физиологического подавления уровня кортизола в качестве подтверждающего теста выполнено определение АКГГ в утренние часы (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов	Да/Нет
4.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене TP53 в крови (пациентам детского возраста)	Да/Нет
5.	Установлена стадия заболевания в соответствии с действующими классификациями TNM и ENSAT	Да/Нет
6.	Проведена разъяснительная беседа по вопросам планирования беременности с пациенткой репродуктивного возраста	Да/Нет
7.	Проведена терапия митотаном в адъювантном режиме (при отсутствии медицинских противопоказаний) (при верифицированном патоморфологически диагнозе)	Да/Нет
8.	Проведена антирезорбтивная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний) и/или дистанционная лучевая терапия (при наличии костных метастазов)	Да/Нет

3.2.67.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке коры надпочечника (Адренокортикальный рак) (коды по МКБ – 10: C74)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов	Да/Нет
2.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене TP53 в крови (пациентам детского возраста)	Да/Нет
3.	Проведена терапия митотаном в адъювантном режиме (при отсутствии медицинских противопоказаний) (при верифицированном патоморфологически диагнозе)	Да/Нет
4.	Проведена антирезорбтивная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний) и/или дистанционная лучевая терапия (при наличии костных метастазов)	Да/Нет

3.2.68.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при

опухолях невыявленной первичной локализации (коды по МКБ – 10: C76–C80)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием	Да/Нет
3.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов	Да/Нет
5.	Проведена оценка эффективности лечения каждые 6-8 недель	Да/Нет
6.	Проведена смена режима терапии (при доказанном объективными методами (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование, позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией) прогрессировании заболевания)	Да/Нет
7.	Проведена модификация режима лечения (при появлении признаков токсичности, не позволяющих провести запланированное лечение в полном объеме)	Да/Нет

3.2.68.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при опухолях невыявленной первичной локализации (коды по МКБ – 10: C76–C80)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием	Да/Нет
3.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов	Да/Нет
5.	Проведена оценка эффективности лечения каждые 6-8 недель	Да/Нет
6.	Проведена смена режима терапии (при доказанном объективными методами (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование, позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией) прогрессировании заболевания)	Да/Нет
7.	Проведена модификация режима лечения (при появлении признаков токсичности, не позволяющих провести запланированное лечение в полном объеме)	Да/Нет

3.2.69.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при лимфоме Ходжкина (коды по МКБ - 10: C81)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза, при планировании лечения, перед началом и после завершения каждого курса терапии, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет

2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (лактатдегидрогеназа, мочеви́на, креатинин, общий белок, альбумин, билирубин, аспаратаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, калий, натрий, хлор, кальций) (при установлении диагноза, при планировании лечения, перед началом и после завершения каждого курса терапии, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
----	--	--------

3.2.69.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при лимфоме Ходжкина (коды по МКБ - 10: C81)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена биопсия лимфатического узла либо другого очага поражения (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерной томографии грудной полости, органов брюшной полости и малого таза с внутривенным болюсным контрастированием или прицельная рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях и ультразвуковое исследование лимфатических узлов и внутренних органов (при установлении диагноза, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза, при планировании лечения, перед началом и после завершения каждого курса терапии, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (лактатдегидрогеназа, мочеви́на, креатинин, общий белок, альбумин, билирубин, аспаратаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, калий, натрий, хлор, кальций) (при установлении диагноза, при планировании лечения, перед началом и после завершения каждого курса терапии, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет

3.2.70.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при лимфоме Ходжкина (коды по МКБ - 10: C81)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, общий белок, билирубин, аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза) (при установлении диагноза, перед началом каждого нового цикла терапии, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография грудной полости или прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет

4.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости или ультразвуковое исследование лимфатических узлов или ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
----	--	--------

3.2.70.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при лимфоме Ходжкина (коды по МКБ - 10: C81)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (ЛДГ, мочевины, креатинин, общий белок, альбумин, билирубин, АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза) (при установлении диагноза, перед началом каждого нового цикла терапии, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза, перед началом каждого нового цикла терапии, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3.	Выполнена биопсия лимфатического узла либо другого очага поражения (при установлении диагноза или подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
4.	Выполнена патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза или подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография грудной полости или прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости или ультразвуковое исследование лимфатических узлов или ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет

3.2.71.1 Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при фолликулярной лимфоме (коды по МКБ - 10: C82)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза, после завершения каждого цикла терапии и перед началом каждого нового цикла терапии, после завершения терапии)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (лактатдегидрогеназа, мочевины, креатинин, общий белок, альбумин, билирубин, аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, калий, натрий,	Да/Нет

	хлор, кальций) (при установлении диагноза, после завершения каждого цикла терапии и перед началом каждого нового цикла терапии, после завершения терапии)	
--	---	--

3.2.71.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при фолликулярной лимфоме (коды по МКБ - 10: С82)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено получение цитологического препарата костного мозга путем пункции (при установлении диагноза, перед началом каждого нового цикла терапии)	Да/Нет
2.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза, перед началом каждого нового цикла терапии)	Да/Нет
3.	Выполнено получение гистологического препарата костного мозга (при установлении диагноза, перед началом каждого нового цикла терапии)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза, перед началом каждого нового цикла терапии)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография шеи, грудной полости, органов брюшной полости и малого таза с внутривенным болюсным контрастированием или рентгенография органов грудной клетки (в двух проекциях) и ультразвуковое исследование лимфатических узлов и комплексное ультразвуковое исследование внутренних органов (при установлении диагноза, перед началом каждого нового цикла терапии)	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза, перед началом каждого нового цикла терапии и после завершения цикла терапии)	Да/Нет
7.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (лактатдегидрогеназа, мочевины, креатинин, общий белок, альбумин, билирубин, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, калий, натрий, хлор, кальций) (при установлении диагноза, перед началом каждого нового цикла терапии и после завершения цикла терапии)	Да/Нет
8.	Выполнена биопсия лимфатического узла либо другого очага поражения (при установлении диагноза, при подозрении на трансформацию фолликулярной лимфомы в диффузную В-клеточную крупноклеточную лимфому)	Да/Нет
9.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза, при подозрении на трансформацию фолликулярной лимфомы в диффузную В-клеточную крупноклеточную лимфому)	Да/Нет

3.2.72.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при фолликулярной лимфоме (коды по МКБ - 10: С82)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (лактатдегидрогеназа, креатинин, общий белок, билирубин, аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография грудной полости или прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза, при завершении лечения, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости или ультразвуковое исследование лимфатических узлов или ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза, при завершении лечения, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет

3.2.72.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при фолликулярной лимфоме (коды по МКБ - 10: C82)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза, при подозрении на трансформацию фолликулярной лимфомы в диффузную В-клеточную крупноклеточную лимфому в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (лактатдегидрогеназа, креатинин, общий белок, билирубин, аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография грудной полости или прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза, при завершении лечения, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости или ультразвуковое исследование лимфатических узлов или ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза, при завершении лечения, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
6.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов при установлении диагноза в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
7.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет

3.2.73.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при вторичном злокачественном новообразовании головного мозга и мозговых оболочек (коды по МКБ - 10: C79.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
3.	Назначена стероидная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием (после завершения лечения)	Да/Нет

3.2.73.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при вторичном злокачественном новообразовании головного мозга и мозговых оболочек (коды по МКБ - 10: C79.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено хирургическое вмешательство (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
4.	Назначена стероидная терапия (при наличии медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием (после завершения лечения)	Да/Нет

3.2.74.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при грибковидном микозе (коды по МКБ - 10: С84.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала кожи	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при проведении системной терапии или при проведении ультрафиолетового облучения кожи)	Да/Нет

3.2.74.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при грибковидном микозе (коды по МКБ - 10: С84.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала кожи	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет

3.2.75.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при грибковидном микозе (коды по МКБ - 10: С84.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала кожи	Да/Нет
2.	Проведена системная терапия интерфероном альфа-2b или противоопухолевыми препаратами или антиметаболитами или дистанционная лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

	(при стадиях II, III или IV при поражении мягких тканей) Достигнут частичный или полный регресс высыпаний у пациента с ранней стадией грибковидного микоза	
3.	Достигнут частичный или полный регресс высыпаний у пациента с ранней стадией грибковидного микоза	Да/Нет

3.2.75.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при грибковидном микозе (коды по МКБ - 10: С84.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала кожи	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при проведении системной терапии)	Да/Нет
3.	Проведена системная терапия интерфероном альфа-2b или противоопухолевыми препаратами или антимаботитами или дистанционная лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (при стадиях II, III или IV при поражении мягких тканей)	Да/Нет
4.	Достигнут частичный или полный регресс высыпаний у пациента с ранней стадией грибковидного микоза	Да/Нет

3.2.76.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при синдроме Сезари (коды по МКБ - 10: С84.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.2.76.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при синдроме Сезари (коды по МКБ - 10: С84.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.2.77.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при синдроме Сезари (коды по МКБ - 10: С84.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при проведении системной терапии)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи	Да/Нет
3.	Проведена терапия антигистаминными средствами системного действия (при зуде) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.77.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при синдроме Сезари (коды по МКБ - 10: С84.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения

1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи	Да/Нет
2.	Проведена терапия антигистаминными средствами системного действия (при зуде) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.78.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при нодальных Т-клеточных лимфом (коды по МКБ - 10: С84.5, С84.6, С84.7, С84.9, С86.0, С86.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза или при выявленной периферической Т-клеточной лимфоме при первичном или повторном приеме, после завершения каждого цикла терапии и перед началом каждого нового цикла терапии, при оценке ремиссии после завершения терапии, при контрольных обследованиях, или при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (лактатдегидрогеназа, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, альбумин, общий белок, общий билирубин, калий, натрий, общий кальций, хлориды) и исследование уровня бета-2-микроглобулина в крови (при установлении диагноза или при выявленной периферической Т-клеточной лимфоме при первичном или повторном приеме, после завершения каждого цикла терапии и перед началом каждого нового цикла терапии, при оценке ремиссии после завершения терапии, при контрольных обследованиях, или при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет

3.2.78.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при нодальных Т-клеточных лимфом (коды по МКБ - 10: С84.5, С84.6, С84.7, С84.9, С86.0, С86.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено получение гистологического препарата костного мозга (при установлении диагноза, после завершения лечения, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов и/или иммунофенотипирование гемопоэтических клеток-предшественниц в костном мозге (при установлении диагноза, после завершения лечения, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
3.	Получение цитологического препарата костного мозга путем пункции (при установлении диагноза, после завершения лечения, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
4.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза, после завершения лечения, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
5.	Выполнено компьютерная томография шеи с внутривенным болюсным контрастированием, компьютерная томография органов грудной полости, компьютерная томография органов малого таза, компьютерная томография органов брюшной	Да/Нет

	полости с внутривенным болюсным контрастированием или прицельная рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях и ультразвуковое исследование лимфатических узлов и внутренних органов (при установлении диагноза, после завершения лечения, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено амбулаторно)	
6.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза, после завершения лечения, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
7.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (лактатдегидрогеназа, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, альбумин, общий белок, общий билирубин, калий, натрий, общий кальций, хлориды) и исследование уровня бета-2-микроглобулина в крови (при установлении диагноза, после завершения лечения, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
8.	Выполнена биопсия (взятие биопсийного материала) лимфатического узла либо другого очага поражения, патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет

3.2.79.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при нодальных Т-клеточных лимфомах (коды по МКБ - 10: С84.5, С84.6, С84.7, С84.9, С86.0, С86.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза или при установленном диагнозе)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (лактатдегидрогеназа, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, альбумин, общий белок, общий билирубин)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография грудной полости или прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза, при завершении лечения, а также при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости или ультразвуковое исследование лимфатических узлов или ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза, при завершении лечения, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
6.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет

3.2.79.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при нодальных Т-клеточных лимфомах (коды по МКБ - 10: С84.5, С84.6, С84.7, С84.9, С86.0, С86.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза или при установленном диагнозе в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (лактатдегидрогеназа, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, альбумин, общий белок, общий билирубин в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография грудной полости или прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза, при завершении лечения, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости или ультразвуковое исследование лимфатических узлов или ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза, при завершении лечения, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
6.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла с применением иммуногистохимических методов или другого очага поражения (при установлении диагноза, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
7.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет

3.2.80.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при макроглобулинемии Вальденстрема (коды по МКБ - 10: C88.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (лактатдегидрогеназа, мочевины, мочевины, креатинин, общий белок, альбумин, билирубин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, кальций) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (активированное частичное тромбопластиновое время, протромбин, протромбиновый индекс по Квику, тромбиновое время, фибриноген) (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено определение соотношения белковых фракций методом электрофореза (в крови и моче) (при установлении диагноза)	Да/Нет

5.	Выполнено исследование моноклональности иммуноглобулинов в крови методом иммунофиксации (при уставлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование всех групп периферических, внутрибрюшных и забрюшинных лимфоузлов (при уставлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (при уставлении диагноза)	Да/Нет

3.2.80.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при макроглобулинемии Вальденстрема (коды по МКБ - 10: С88.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (лактатдегидрогеназа, мочева кислота, мочеви́на, креатинин, общий белок, альбумин, билирубин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, кальций) (при уставлении диагноза в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при уставлении диагноза в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (активированное частичное тромбопластиновое время, протромбин, протромбиновый индекс по Квику, тромбиновое время, фибриноген) (при уставлении диагноза в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях)	Да/Нет
4.	Выполнено определение соотношения белковых фракций методом электрофореза (в крови и моче) (при уставлении диагноза в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование моноклональности иммуноглобулинов в крови методом иммунофиксации (при уставлении диагноза в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях)	Да/Нет
6.	Выполнено получение гистологического препарата костного мозга (при уставлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов и/или иммунофенотипирование гемопоэтических клеток-предшественниц в костном мозге (при уставлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнено получение цитологического препарата костного мозга путем пункции (при уставлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при уставлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнено ультразвуковое исследование всех групп периферических, внутрибрюшных и забрюшинных лимфоузлов (при уставлении диагноза в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях)	Да/Нет
11.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (при уставлении диагноза в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях)	Да/Нет

3.2.81.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при макроглобулинемии Вальденстрема (коды по МКБ - 10: С88.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (лактатдегидрогеназа, мочева кислота, мочеви́на, креатинин, общий белок, альбумин, билирубин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, кальций)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (активированное частичное тромбопластиновое время, протромбиновый индекс по Квику, тромбиновое время; фибриноген)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование моноклональности иммуноглобулинов в крови методом иммунофиксации (при установлении диагноза, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование моноклональности иммуноглобулинов в моче методом иммунофиксации (при установлении диагноза, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование (периферических, внутрибрюшных и забрюшинных лимфатических узлов) (при установлении диагноза, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет

3.2.81.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при макроглобулинемии Вальденстрема (коды по МКБ - 10: С88.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (лактатдегидрогеназа, мочева кислота, мочеви́на, креатинин, общий белок, альбумин, билирубин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, кальций в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях	Да/Нет
3.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (активированное частичное тромбопластиновое время, протромбиновый индекс по Квику, тромбиновое время, фибриноген в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование моноклональности иммуноглобулинов в крови методом иммунофиксации (при установлении диагноза, после завершения терапии, при	Да/Нет

	подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	
6.	Выполнено исследование моноклональности иммуноглобулинов в моче методом иммунофиксации (при установлении диагноза, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
7.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов или иммунофенотипирование гемопозитических клеток-предшественниц в костном мозге (при установлении диагноза, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование (периферических, внутрибрюшных и забрюшинных лимфатических узлов) (при установлении диагноза, после завершения терапии в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
9.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет

3.2.82.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при множественной миеломе (коды по МКБ - 10: С90.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (лактатдегидрогеназа, мочевины, креатинин, общий белок, альбумин, билирубин, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, кальций, калий) (при установлении диагноза, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография всех отделов позвоночника или рентгенологическое исследование костей (включая череп, грудную клетку, все отделы позвоночника, таз, плечевые и бедренные кости) (при установлении диагноза, при завершении лечения, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование моноклональности иммуноглобулинов в крови методом иммунофиксации (с количественным определением уровня М-градиента и β 2-микроглобулина при диагностике) (при установлении диагноза или установленном диагнозе, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование моноклональности иммуноглобулинов в моче методом иммунофиксации (с количественным определением уровня М-градиента и β 2-микроглобулина при диагностике) (при установлении диагноза)	Да/Нет

	или установленном диагнозе, при подозрении на рецидив заболевания)	
7.	Выполнено определение соотношения белковых фракций методом электрофореза (в крови и моче) (при установлении диагноза или установленном диагнозе, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет

3.2.82.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при множественной миеломе (коды по МКБ - 10: С90.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (лактатдегидрогеназа, мочевины, креатинин, общий белок, альбумин, билирубин, аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, кальций, калий) (при установлении диагноза, при диспансерном наблюдении и при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография всех отделов позвоночника или рентгенологическое исследование костей (включая череп, грудную клетку, все отделы позвоночника, таз, плечевые и бедренные кости) (при установлении диагноза, при завершении лечения, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование моноклональности иммуноглобулинов в крови методом иммунофиксации (с количественным определением уровня М-градиента и β 2-микроглобулина при диагностике) (при установлении диагноза или установленном диагнозе, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование моноклональности иммуноглобулинов в моче методом иммунофиксации (с количественным определением уровня М-градиента и β 2-микроглобулина при диагностике) (при установлении диагноза или установленном диагнозе, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
7.	Выполнено определение соотношения белковых фракций методом электрофореза (в крови и моче) (при установлении диагноза или установленном диагнозе, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
8.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза и при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет

3.2.83.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при солитарной (экстрamedулярной) плазмоцитомы (коды по МКБ - 10: C90.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (лактатдегидрогеназа, мочевая кислота, мочеви́на, креатинин, общий белок, альбумин, щелочная фосфатаза, калий, кальций, β2-микроглобулин) (при установлении диагноза, при диспансерном наблюдении, при подозрении на рецидив заболевания, при подозрении на прогрессирование в множественную миелому)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза, при диспансерном наблюдении, при подозрении на рецидив заболевания, при подозрении на прогрессирование в множественную миелому)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза, при диспансерном наблюдении, при подозрении на рецидив заболевания, при подозрении на прогрессирование в множественную миелому)	Да/Нет
4.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (протромбин, международное нормализованное отношение, активированное частичное тромбопластиновое время, фибриноген) (при установлении диагноза, при диспансерном наблюдении, при подозрении на рецидив заболевания, при подозрении на прогрессирование в множественную миелому)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография (в низкодозовом режиме) или позитронная эмиссионная томография костей, совмещенная с компьютерной томографией всего тела (при установлении диагноза, перед началом терапии, при завершении лечения, при подозрении на рецидив заболевания, при подозрении на прогрессирование в множественную миелому)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование моноклональности легких цепей иммуноглобулинов в крови методом иммунофиксации (при установлении диагноза, при подозрении на рецидив заболевания, при подозрении на прогрессирование в множественную миелому)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование мочи на белок Бенс-Джонса (при установлении диагноза, при диспансерном наблюдении, при подозрении на рецидив заболевания, при подозрении на прогрессирование в множественную миелому)	Да/Нет
8.	Выполнено определение количества белка в суточной моче (при установлении диагноза, при диспансерном наблюдении, при подозрении на рецидив заболевания, при подозрении на прогрессирование в множественную миелому)	Да/Нет

3.2.83.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при солитарной (экстрamedулярной) плазмоцитомы (коды по МКБ - 10: C90.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (лактатдегидрогеназа, мочевая кислота, мочеви́на, креатинин, общий белок, альбумин, щелочная фосфатаза, калий, кальций,	Да/Нет

	β2-микροглобулин) (при установлении диагноза, при диспансерном наблюдении, при подозрении на рецидив заболевания, при подозрении на прогрессирование в множественную миелому в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза, при диспансерном наблюдении, при подозрении на рецидив заболевания, при подозрении на прогрессирование в множественную миелому в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза, при диспансерном наблюдении, при подозрении на рецидив заболевания, при подозрении на прогрессирование в множественную миелому в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
4.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)(протромбин, международное нормализованное отношение, активированное частичное тромбопластиновое время, фибриноген) (при установлении диагноза, при диспансерном наблюдении, при подозрении на рецидив заболевания, при подозрении на прогрессирование в множественную миелому в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография (в низкодозовом режиме) или позитронная эмиссионная томография костей, совмещенная с компьютерной томографией всего тела (при установлении диагноза, перед началом терапии, при завершении терапии, при диспансерном наблюдении, при подозрении на рецидив заболевания, при подозрении на прогрессирование в множественную миелому в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
6.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов или исследование биологического материала методом проточной цитофлуориметрии (иммунофенотипическое) (при установлении диагноза, при диспансерном наблюдении, при подозрении на рецидив заболевания, при подозрении на прогрессирование в множественную миелому в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование моноклональности легких цепей иммуноглобулинов в крови методом иммунофиксации (при установлении диагноза, при диспансерном наблюдении, при подозрении на рецидив заболевания, при подозрении на прогрессирование в множественную миелому в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
8.	Выполнено исследование мочи на белок Бенс-Джонса (при установлении диагноза, при диспансерном наблюдении, при подозрении на рецидив заболевания, при подозрении на прогрессирование в множественную миелому в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
9.	Выполнено определение количества белка в суточной моче (при установлении диагноза, при диспансерном наблюдении, при подозрении на рецидив заболевания, при подозрении на	Да/Нет

	прогрессирование в множественную миелому в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	
10.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза, при диспансерном наблюдении, при подозрении на рецидив заболевания, при подозрении на прогрессирование в множественную миелому в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет

3.2.84.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при остром лимфобластном лейкозе (коды по МКБ - 10: C91.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза, на 8 день индукционной терапии и далее не реже 1 раза в неделю во время проведения химиотерапии)	Да/Нет

3.2.84.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при остром лимфобластном лейкозе (коды по МКБ - 10: C91.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена катетеризация подключичной и других центральных вен (при установленном диагнозе на период интенсивной терапии)	Да/Нет
2.	Выполнено назначение стандартной терапии ингибиторов протеинкиназы (при ОЛЛ с наличием филадельфийской хромосомы – t(9;22)(q34;q11.2)/BCR-ABL1; при получении пациентом стандартной терапии)	Да/Нет
3.	Выполнено иммунофенотипирование гемопоэтических клеток-предшественниц в костном мозге (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено цитогенетическое исследование (кариотип) (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено молекулярно-цитогенетическое исследование (FISH-метод) на одну пару хромосом (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено цитохимическое исследование микропрепарата костного мозга (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза, на 8 день индукционной терапии и далее не реже 1 раза в неделю во время проведения химиотерапии)	Да/Нет
8.	Выполнено получение цитологического препарата костного мозга путем пункции (при установлении диагноза, на 15-й день терапии и по окончании индукции)	Да/Нет
9.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза, на 15-й день терапии и по окончании индукции)	Да/Нет
10.	Выполнена профилактика или лечение нейрорлейкемии (при верифицированном диагнозе)	Да/Нет
11.	Выполнено назначение лечения по протоколу группы Москва-Берлин (ALL-MB-2008 или ALL-MB-2015) или протоколу группы BFM (ALL-BFM-95 или ALL-BFM-2000) (при верифицированном диагнозе)	Да/Нет
12.	Выполнена спинномозговая пункция (при установлении диагноза)	Да/Нет

13.	Выполнено исследование уровня белка в спинномозговой жидкости (при установлении диагноза)	Да/Нет
14.	Выполнено исследование уровня глюкозы в спинномозговой жидкости (при установлении диагноза)	Да/Нет
15.	Выполнено микроскопическое исследование спинномозговой жидкости, подсчет клеток в счетной камере (определение цитоза) (при установлении диагноза)	Да/Нет
16.	Выполнено цитологическое исследование клеток спинномозговой жидкости (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.2.85.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при острых лимфобластных лейкозах (коды по МКБ - 10: C91.0, C91.5, C91.7, C91.8, C91.9, C83.5, C83.7)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет

3.2.85.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при острых лимфобластных лейкозах (коды по МКБ - 10: C91.0, C91.5, C91.7, C91.8, C91.9, C83.5, C83.7)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография головного мозга (при установлении диагноза, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
5.	Выполнена спинномозговая пункция (при установлении диагноза и при рецидиве заболевания)	Да/Нет
6.	Выполнено иммунофенотипирование биологического материала (при гемобластозах) (при установлении диагноза, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
7.	Выполнено получение цитологического препарата костного мозга путем пункции и цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (на фоне поддерживающей терапии 1 раз в 3 месяца в течение 2 лет и в дальнейшем, после снятия с лечения, каждые полгода до 3 лет наблюдения в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
8.	Выполнено получение цитологического препарата костного мозга путем пункции и цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (на этапах индукции и консолидации перед началом каждого последующего этапа либо 1 раз в 2 месяца в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
9.	Выполнено цитогенетическое исследование (кариотип) аспирата костного мозга (при установлении диагноза и при рецидиве заболевания)	Да/Нет

10.	Выполнено цитологическое исследование клеток спинномозговой жидкости или микроскопическое исследование спинномозговой жидкости, подсчет клеток в счетной камере (определение цитоза) (при установлении диагноза и при рецидиве заболевания)	Да/Нет
11.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) из стерильного пунктата (при установлении диагноза и при рецидиве заболевания)	Да/Нет
12.	Выполнено цитохимическое исследование микропрепарата костного мозга (при установлении диагноза и при рецидиве заболевания)	Да/Нет

3.2.86.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хроническом лимфоцитарном лейкозе /лимфоме из малых лимфоцитов (коды по МКБ - 10: С91.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза или при установленном диагнозе, через 2 месяца после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография грудной полости или прицельная рентгенография органов грудной клетки ((при установлении диагноза или при установленном диагнозе, через 2 месяца после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости или ультразвуковое исследование лимфатических узлов или ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (перед началом терапии, через 2 месяца после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
4.	Выполнена оценка терапии по критериям IWCLL 2018 не менее чем через 2 месяца после достижения максимального ответа на непрерывную или поддерживающую терапию (при непрерывной или поддерживающей терапии)	Да/Нет
5.	Выполнена оценка терапии по критериям IWCLL 2018 не менее чем через 2 месяца после окончания терапии ограниченной длительности (при терапии ограниченной длительности)	Да/Нет

3.2.86.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хроническом лимфоцитарном лейкозе /лимфоме из малых лимфоцитов (коды по МКБ - 10: С91.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза или при установленном диагнозе, через 2 месяца после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
2.	Выполнена биопсия лимфатического узла (очага поражения) (при подозрении на лимфому из малых лимфоцитов без клинического лимфоцитоза в крови или при подозрении на трансформацию в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография грудной полости или прицельная рентгенография органов грудной клетки (перед	Да/Нет

	началом терапии, через 2 месяца после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	
4.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости или ультразвуковое исследование лимфатических узлов или ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (перед началом терапии, через 2 месяца после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
5.	Выполнена оценка терапии по критериям IWCLL 2018 не менее чем через 2 месяца после достижения максимального ответа на непрерывную или поддерживающую терапию (при непрерывной или поддерживающей терапии в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
6.	Выполнена оценка терапии по критериям IWCLL 2018 не менее чем через 2 месяца после окончания терапии ограниченной длительности (при терапии ограниченной длительности в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
7.	Выполнено иммунофенотипирование периферической крови для выявления субпопуляционного состава лимфоцитов (при количестве В-лейкоцитов ≥ 5000 в 1 мкл при установлении диагноза в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
8.	Выполнено патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов или иммунофенотипирование гемопоэтических клеток-предшественниц в костном мозге (при подозрении на трансформацию в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет

3.2.87.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при волосатоклеточном лейкозе (коды по МКБ - 10: C91.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза или при установленном диагнозе)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости или ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза, при завершении лечения, при исключении рецидива заболевания)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование биологического материала (крови или костного мозга) методом проточной цитофлуориметрии (при установлении диагноза, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
4.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга (при установлении диагноза, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет

3.2.87.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при волосатоклеточном лейкозе (коды по МКБ - 10: C91.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза или при установленном диагнозе в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости или ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза, при завершении лечения, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование биологического материала (крови или костного мозга) методом проточной цитофлуориметрии (при установлении диагноза, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
4.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга (при установлении диагноза, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет

3.2.88.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при острых миелоидных лейкозах (коды по МКБ - 10: С92.0, С92.3, С92.5, С92.6, С92.7, С92.8, С92.9, С93.0, С94.0, С94.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб при заболеваниях органов кроветворения и крови и оценка объективного статуса (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, общий белок, общий билирубин, ЛДГ) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.2.88.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при острых миелоидных лейкозах (коды по МКБ - 10: С92.0, С92.3, С92.5, С92.6, С92.7, С92.8, С92.9, С93.0, С94.0, С94.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Проведена индукционная терапия (при впервые установленном диагнозе)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ спинномозговой жидкости (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной полости и/или компьютерная томография головного мозга (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено цитогенетическое исследование (кариотип) (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено цитологического исследования мазка костного мозга (миелограммы) (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено цитохимическое исследование микропрепарата костного мозга (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, общий белок, общий билирубин, ЛДГ) (при установлении диагноза или при первичном приеме)	Да/Нет

8.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза или при первичном приеме)	Да/Нет
9.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб при заболеваниях органов кроветворения и крови и оценка объективного статуса (при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (после завершения лечения)	Да/Нет
11.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограммы) (после окончания 1 и 2 курсов индукции ремиссии)	Да/Нет
12.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (после окончания консолидации ремиссии)	Да/Нет

3.2.89.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при острых миелоидных лейкозах (коды по МКБ - 10: С92.0, С92.3, С92.5, С92.6, С92.7, С92.8, С92.9, С93.0, С94.0, С94.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, общий белок, общий билирубин, лактатдегидрогеназа) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.2.89.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при острых миелоидных лейкозах (коды по МКБ - 10: С92.0, С92.3, С92.5, С92.6, С92.7, С92.8, С92.9, С93.0, С94.0, С94.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, общий белок, общий билирубин, лактатдегидрогеназа) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости или компьютерная томография головного мозга (до начала терапии)	Да/Нет
4.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено получение цитологического препарата костного мозга путем пункции или получение гистологического препарата костного мозга (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено цитогенетическое исследование (кариотип) аспирата костного мозга (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (после завершения терапии)	Да/Нет

3.2.90.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при остром промиелоцитарном лейкозе (коды по МКБ - 10:С92.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, альбумин, мочевины, креатинин, калий, натрий, кальций, лактатдегидрогеназа, щелочная фосфатаза,	Да/Нет

	аланин-трансаминаза, аспаргатаминотрансфераза, билирубин) (при установлении диагноза, при установленном диагнозе до начала лечения и в процессе лечения)	
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза, при установленном диагнозе до начала лечения и в процессе лечения)	Да/Нет
3.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при установлении диагноза, при установленном диагнозе до начала лечения и в процессе лечения)	Да/Нет

3.2.90.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром промиелоцитарном лейкозе (коды по МКБ - 10: C92.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, альбумин, мочевины, креатинин, калий, натрий, кальций, лактатдегидрогеназа, щелочная фосфатаза, аланин-трансаминаза, аспаргатаминотрансфераза, билирубин) (при установлении диагноза, при установленном диагнозе до начала лечения и в процессе лечения в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза, при установленном диагнозе до начала лечения и в процессе лечения в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при установлении диагноза, при установленном диагнозе до начала лечения и в процессе лечения в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография головного мозга (до начала лечения и в процессе лечения в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
5.	Выполнена рентгенография легких или компьютерная томография органов грудной полости (до начала лечения и в процессе лечения в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
6.	Выполнено молекулярно-цитогенетическое исследование (при установлении диагноза в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
7.	Выполнено получение цитологического препарата костного мозга путем пункции (до начала лечения и в процессе лечения в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (до начала лечения и в процессе лечения в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
9.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (до начала лечения и в процессе лечения в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
10.	Выполнено цитохимическое исследование микропрепарата костного мозга (до начала лечения в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет

3.2.91.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при

хроническом миелолейкозе (коды по МКБ - 10: C92.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено цитогенетическое исследование костного мозга или исследование костного мозга методом FISH для выявления химерного гена BCR-ABL (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено цитогенетическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга или определение экспрессии мРНК BCR-ABLp210 (количественное) и определение экспрессии мРНК BCR-ABLp190 (количественное) (молекулярно-генетического исследование) не реже чем раз в 6 месяцев	Да/Нет
3.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы ингибиторы протеинкиназы 1 линии (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.91.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хроническом миелолейкозе (коды по МКБ - 10: C92.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено цитогенетическое исследование костного мозга или исследование костного мозга методом FISH для выявления химерного гена BCR-ABL (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено цитогенетическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга или определение экспрессии мРНК BCR-ABLp210 (количественное) и определение экспрессии мРНК BCR-ABLp190 (количественное) (молекулярно-генетического исследование) не реже чем раз в 6 месяцев (в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы ингибиторы протеинкиназы 1 линии (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.92. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при уротелиальном раке верхних мочевыводящих путей (коды по МКБ - 10: C65, C66)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография забрюшинного пространства, компьютерная томография забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием; компьютерная томография органов малого таза с контрастированием или магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства, магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием, магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена химиотерапия и/или иммунотерапия при наличии морфологической верификации диагноза (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

4.	Выполнена цистоскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена уретероскопия с биопсией (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнен 1-й курс системного противоопухолевого лечения (таргетной терапии, иммунотерапии, химиотерапии) не позднее 28-го дня от выявления метастатической болезни (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала или патолого-анатомическое исследование операционного материала с применением гистохимических методов (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.2.93.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при лимфоме маргинальной зоны (коды по МКБ - 10: C83.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (лактатдегидрогеназа, креатинин, общий белок, билирубин, аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза) (при установлении диагноза или при установленном диагнозе)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза или при установленном диагнозе)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография грудной полости или прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости или ультразвуковое исследование лимфатических узлов или ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет

3.2.93.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при лимфоме маргинальной зоны (коды по МКБ - 10: C83.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (лактатдегидрогеназа, креатинин, общий белок, билирубин, аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза) (при установлении диагноза или при установленном диагнозе в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза или при установленном диагнозе в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография грудной полости или прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости или ультразвуковое исследование лимфатических узлов или ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза, после завершения	Да/Нет

	терапии, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	
--	---	--

3.2.94.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при лимфоме из клеток мантии (коды по МКБ - 10: С83.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, билирубин, лактатдегидрогеназа) (при установлении диагноза или при установленном диагнозе)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза или при установленном диагнозе)	Да/Нет

3.2.94.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при лимфоме из клеток мантии (коды по МКБ - 10: С83.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, билирубин, лактатдегидрогеназа) (при установлении диагноза или при установленном диагнозе в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза или при установленном диагнозе в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3.	Выполнена биопсия лимфатического узла или другого очага поражения (при установлении диагноза в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла или другого очага поражения с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография грудной полости или прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости или ультразвуковое исследование лимфатических узлов или ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
7.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
8.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов (при подозрении на рецидив в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет

3.2.95.1 Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при агрессивных нефолликулярных лимфомах (диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома, первичная медиастинальная В-клеточная лимфома, лимфома Беркитта) (коды по МКБ - 10: С83.3, С83.7, С85.2, С91.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза, после завершения каждого цикла терапии и перед началом каждого нового цикла терапии, после завершения терапии)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (лактатдегидрогеназа, мочевины, креатинин, общий белок, альбумин, билирубин, аспартатаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, калий, натрий, хлор, кальций (при установлении диагноза, после завершения каждого цикла терапии и перед началом каждого нового цикла терапии, после завершения терапии)	Да/Нет
3.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при установлении диагноза, после завершения каждого цикла терапии и перед началом каждого нового цикла терапии, после завершения терапии)	Да/Нет

3.2.95.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при агрессивных нефолликулярных лимфомах (диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома, первичная медиастинальная В-клеточная лимфома, лимфома Беркитта) (коды по МКБ - 10: С83.3, С83.7, С85.2, С91.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено получение цитологического препарата костного мозга путем пункции (при установлении диагноза, после завершения каждого цикла терапии и перед началом каждого нового цикла терапии, после завершения терапии)	Да/Нет
2.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза, после завершения каждого цикла терапии и перед началом каждого нового цикла терапии, после завершения терапии)	Да/Нет
3.	Выполнено получение гистологического препарата костного мозга (при установлении диагноза, после завершения каждого цикла терапии и перед началом каждого нового цикла терапии, после завершения терапии)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза, после завершения каждого цикла терапии и перед началом каждого нового цикла терапии, после завершения терапии)	Да/Нет
5.	Выполнена позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с опухолетропными РФП или позитронная эмиссионная томография всего тела с опухолетропными РФП или Компьютерная томография верхних дыхательных путей и шеи, органов грудной полости, органов брюшной полости и малого таза с контрастированием или рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях и ультразвуковое исследование лимфатических узлов и внутренних	Да/Нет

	органов (при установлении диагноза, после завершения терапии)	
6.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза, после завершения каждого цикла терапии и перед началом каждого нового цикла терапии, после завершения терапии)	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза, после завершения каждого цикла терапии и перед началом каждого нового цикла терапии, после завершения терапии)	Да/Нет
8.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) протромбин, МНО, активированное частичное тромбопластиновое время, фибриноген, тромбиновое время, антитромбин III, плазминоген, D-димер (при установлении диагноза, после завершения каждого цикла терапии и перед началом каждого нового цикла терапии, после завершения терапии)	Да/Нет
9.	Выполнена биопсия (взятие биопсийного материала) лимфатического узла либо другого очага поражения, патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.2.96.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при агрессивных нефолликулярных лимфомах - диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома, первичная медиастинальная В-клеточная лимфома, лимфома Беркитта (коды по МКБ - 10: С83.3, С83.7, С85.2, С91.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (лактатдегидрогеназа, креатинин, общий белок, билирубин, аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, калий) (при установлении диагноза или при установленном диагнозе)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза или при установленном диагнозе)	Да/Нет
3.	Выполнена позитронная эмиссионная томография костей, совмещенная с компьютерной томографией всего тела или позитронная эмиссионная томография костей или компьютерная томография шеи, органов грудной полости, органов брюшной полости и малого таза или прицельная рентгенография органов грудной клетки и ультразвуковое исследование регионарных лимфатических узлов и внутренних органов (при установлении диагноза и при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет

3.2.96.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при агрессивных нефолликулярных лимфомах - диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома, первичная медиастинальная В-клеточная лимфома, лимфома Беркитта (коды по МКБ - 10: С83.3, С83.7, С85.2, С91.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (лактатдегидрогеназа, креатинин, общий белок, билирубин, аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, калий)	Да/Нет

	(при установлении диагноза или при установленном диагнозе в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза или при установленном диагнозе в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3.	Выполнена биопсия лимфатического узла либо другого очага поражения (при установлении диагноза и при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла или другого очага поражения с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза и при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза, при завершении лечения в случае исходного вовлечения костного мозга, при подозрении на рецидив заболевания в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
	Выполнено исследование свертывающей системы крови (коагулограмма) (активированное частичное тромбопластиновое время, протромбин, фибриноген) (при установлении диагноза или при установленном диагнозе в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет

3.2.97.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при миелодиспластическом синдроме (коды по МКБ - 10: D46)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, альбумин, креатинин, билирубин общий и прямой, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, глюкоза) (при установлении диагноза, при установленном диагнозе в процессе лечения, при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
2.	Выполнены исследование уровня железа сыворотки крови и исследование уровня ферритина в крови (при установлении диагноза и далее не реже 1 раза в 6 месяцев)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза и при лечении)	Да/Нет
4.	Выполнен прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса) (при установлении диагноза и при подозрении на гемолитическую анемию при установленном диагнозе)	Да/Нет
5.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (активированное частичное тромбопластиновое время, протромбин, фибриноген) (при установлении диагноза, при установленном диагнозе в процессе лечения, перед инвазивными вмешательствами, при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
6.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки или компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет

7.	Выполнено ультразвуковое исследование забрюшинного пространства (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) (у женщин) (при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнено ультразвуковое исследование предстательной железы (у мужчин) (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.2.97.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при миелодиспластическом синдроме (коды по МКБ - 10: D46)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, альбумин, креатинин, билирубин общий и прямой, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, глюкоза) (при установлении диагноза, при установленном диагнозе в процессе лечения, при диспансерном наблюдении в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях)	Да/Нет
2.	Выполнены исследование уровня железа сыворотки крови и исследование уровня ферритина в крови (при установлении диагноза и далее не реже 1 раза в 6 месяцев в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза, при диспансерном наблюдении в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях)	Да/Нет
4.	Выполнен просмотр гистологического препарата костного мозга (при установлении диагноза в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях)	Да/Нет
5.	Выполнен прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса) (при установлении диагноза и при подозрении на гемолитическую анемию при установленном диагнозе в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
6.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (активированное частичное тромбопластиновое время, протромбин, фибриноген) (при установлении диагноза, при установленном диагнозе в процессе лечения, перед инвазивными вмешательствами, при диспансерном наблюдении в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях)	Да/Нет
7.	Выполнена компьютерная томография или магнитно-резонансная томография головы (при установлении диагноза в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях)	Да/Нет
8.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки или компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях)	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование забрюшинного пространства (при установлении диагноза в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях)	Да/Нет

10.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях)	Да/Нет
11.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) (у женщин) (при установлении диагноза в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях)	Да/Нет
12.	Выполнено ультразвуковое исследование предстательной железы (у мужчин) (при установлении диагноза в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях)	Да/Нет
13.	Выполнено цитогенетическое исследование (кариотип) биопсийного (операционного) материала костного мозга (при установлении диагноза в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
14.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза и в процессе лечения в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет

3.3. Критерии оценки качества при болезнях крови, кроветворных органов и отдельных нарушениях, вовлекающих иммунный механизм

3.3.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при железодефицитной анемии (коды по МКБ - 10: D50, D50.0, D50.1, D50.8, D50.9, E61.1, O99.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (с определением числа ретикулоцитов и эритроцитарных индексов)	Да/Нет
2.	Выполнен комплекс исследований для диагностики железодефицитной анемии (ферритин, трансферрин, общая железосвязывающая способность сыворотки, насыщение трансферрина железом)	Да/Нет
3.	Выполнен биохимический анализ общетерапевтический (общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, креатинин, мочевины, щелочная фосфатаза, гамма-глутаминтранспептидаза)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (у мужчин любого возраста и у женщин в постменопаузе)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерно-томографическая колоноскопия (у мужчин любого возраста и у женщин в постменопаузе)	Да/Нет

3.3.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при железодефицитной анемии (коды по МКБ - 10: D50, D50.0, D50.1, D50.8, D50.9, E61.1, O99.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (с определением числа ретикулоцитов и эритроцитарных индексов)	Да/Нет
2.	Выполнен комплекс исследований для диагностики железодефицитной анемии (ферритин, трансферрин, общая железосвязывающая способность сыворотки, насыщение трансферрина железом)	Да/Нет
3.	Выполнен биохимический анализ общетерапевтический (общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза,	Да/Нет

	креатинин, мочевина, щелочная фосфатаза, гамма-глутаминтранспептидаза)	
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (у мужчин любого возраста и у женщин в постменопаузе)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерно-томографическая колоноскопия (у мужчин любого возраста)	Да/Нет

3.3.2.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при железодефицитной анемии (коды по МКБ - 10: D50, D50.0, D50.1, D50.8, D50.9, E61.1, O99.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (с определением числа ретикулоцитов и эритроцитарных индексов)	Да/Нет
8.	Выполнен комплекс исследований для диагностики железодефицитной анемии (ферритин, трансферрин, общая железосвязывающая способность сыворотки, насыщение трансферрина железом) (не реже 1 раза в год)	Да/Нет
9.	Выполнен биохимический анализ общетерапевтический (общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, креатинин, мочевина, щелочная фосфатаза, гамма-глутаминтранспептидаза) (не реже 1 раза в год)	Да/Нет
10.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (не реже 1 раза в год)	Да/Нет
11.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (у мужчин любого возраста и у женщин в постменопаузе) (не реже 1 раза в год)	Да/Нет
12.	Выполнена компьютерно-томографическая колоноскопия (у мужчин любого возраста и у женщин в постменопаузе) (не реже 1 раза в 2 года)	Да/Нет

3.3.2.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при железодефицитной анемии (коды по МКБ - 10: D50, D50.0, D50.1, D50.8, D50.9, E61.1, O99.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (с определением числа ретикулоцитов и эритроцитарных индексов)	Да/Нет
2.	Выполнен комплекс исследований для диагностики железодефицитной анемии (ферритин, трансферрин, общая железосвязывающая способность сыворотки, насыщение трансферрина железом)	Да/Нет
3.	Выполнен биохимический анализ общетерапевтический (общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, креатинин, мочевина, щелочная фосфатаза, гамма-глутаминтранспептидаза)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (у мужчин любого возраста)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерно-томографическая колоноскопия (у мужчин любого возраста и у женщин в постменопаузе)	Да/Нет

3.3.3.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при фолиеводефицитной анемии (коды по МКБ - 10: D52)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (определение лактатдегидрогеназы, свободного и связанного билирубина, ферритина, железа, гомоцистеина, цианокобаламина (витамин В12), фолиевой кислоты (витамин В9))	Да/Нет
3.	Назначена терапия фолиевой кислотой (пациентам с установленным диагнозом фолиеводефицитной анемии, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Назначена профилактика фолиевой кислотой (беременным, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.3.3.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при фолиеводефицитной анемии (коды по МКБ - 10: D52)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (определение лактатдегидрогеназы, свободного и связанного билирубина, ферритина, железа, гомоцистеина, цианокобаламина (витамин В12), фолиевой кислоты (витамин В9))	Да/Нет
3.	Проведена терапия фолиевой кислотой (пациентам с установленным диагнозом фолиеводефицитной анемии, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Назначена профилактика фолиевой кислотой (беременным, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.3.4.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при фолиеводефицитной анемии (коды по МКБ - 10: D52)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (определение лактатдегидрогеназы, свободного и связанного билирубина, ферритина, железа, гомоцистеина, цианокобаламина (витамин В12), фолиевой кислоты (витамин В9)) (не реже 1 раза в год)	Да/Нет
3.	Назначена терапия фолиевой кислотой (пациентам с установленным диагнозом фолиеводефицитной анемии, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Назначена профилактика фолиевой кислотой (беременным, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.3.4.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при фолиеводефицитной анемии (коды по МКБ - 10: D52)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (определение лактатдегидрогеназы, свободного и связанного билирубина, ферритина, железа, гомоцистеина, цианокобаламина (витамин В12), фолиевой кислоты (витамин В9))	Да/Нет

3.	Проведена терапия фолиевой кислотой (пациентам с установленным диагнозом фолиеводефицитной анемии, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Назначена профилактика фолиевой кислотой (беременным, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.3.5.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при Витамин В12 дефицитной анемии (коды по МКБ - 10: D51.0, D51.1, D51.3, D51.8, D51.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (определение общего белка, альбумина, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинина, ЛДГ, общего билирубина, свободного билирубина)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня фолиевой кислоты в сыворотке крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено определение уровня витамина В12 (цианокобаламин) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Назначена терапия цианокобаламином (на этапе лечения при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.3.5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при витамин В12 дефицитной анемии (коды по МКБ - 10: D51.0, D51.1, D51.3, D51.8, D51.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (определение общего белка, альбумина, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинина, ЛДГ, общего билирубина, свободного билирубина)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня фолиевой кислоты в сыворотке крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено определение уровня витамина В12 (цианокобаламин) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Проведена терапия цианокобаламином (на этапе лечения при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.3.6.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при витамин В12 дефицитной анемии (коды по МКБ - 10: D51.0, D51.1, D51.3, D51.8, D51.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (определение общего белка, альбумина, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинина, ЛДГ, общего билирубина, свободного билирубина)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня фолиевой кислоты в сыворотке крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено определение уровня витамина В12 (цианокобаламин) в крови (при установлении диагноза и на этапе диспансерного наблюдения не реже 1 раза в год)	Да/Нет
5.	Назначена терапия цианокобаламином (на этапе лечения при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.3.6.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при витамин В12 дефицитной анемии (коды по МКБ - 10: D51.0, D51.1, D51.3, D51.8, D51.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (определение общего белка, альбумина, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинина, ЛДГ, общего билирубина, свободного билирубина)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня фолиевой кислоты в сыворотке крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено определение уровня витамина В12 (цианокобаламин) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Проведена терапия цианокобаламином (на этапе лечения при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.3.7.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при серповидно-клеточных нарушениях (коды по МКБ - 10: D57, D56.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (дифференцированный подсчет лейкоцитов (лейкоцитарная формула), исследование уровня ретикулоцитов в крови, просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов) (при установлении диагноза, на этапе лечения при каждом посещении врача-гематолога)	Да/Нет
2.	Вполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, креатинин, мочевина, лактатдегидрогеназы в крови) (при установлении диагноза, на этапе лечения каждые 3-6 месяцев)	Да/Нет
3.	Выполнена гипоксическая проба на обнаружение серповидноклеточных эритроцитов, определение соотношения белковых фракций методом электрофореза, выявление типов гемоглобина, определение соотношения белковых фракций методом высокочувствительного капиллярного электрофореза, комплексное определение концентрации на аминокислоты методом высокой эффективной жидкостной хроматографии	Да/Нет
4.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога (на этапе диспансерного наблюдения, ежегодно)	Да/Нет

3.3.7.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при серповидно-клеточных нарушениях (коды по МКБ - 10: D57, D56.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (дифференцированный подсчет лейкоцитов (лейкоцитарная формула), исследование уровня ретикулоцитов в крови, просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов) (при установлении диагноза, на этапе лечения при каждом посещении врача-гематолога)	Да/Нет
2.	Вполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, креатинин, мочевина, лактатдегидрогеназы в крови), (при установлении диагноза, на этапе лечения каждые 3-6 месяцев)	Да/Нет
3.	Выполнена гипоксическая проба на обнаружение серповидноклеточных эритроцитов, определение соотношения белковых фракций методом электрофореза, выявление типов	Да/Нет

	гемоглобина, определение соотношения белковых фракций методом высокочувствительного капиллярного электрофореза, комплексное определение концентрации на аминокислоты методом высокой эффективной жидкостной хроматографии	
4.	Выполнено дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с цветным доплеровским картированием кровотока или магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием или компьютерно-томографическая ангиография сосудов головного мозга (на этапе лечения пациентам старше 2 лет ежегодно)	Да/Нет
5.	Выполнена магнитно-резонансная томография костной ткани или ультразвуковое исследование костей (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога (на этапе диспансерного наблюдения, ежегодно)	Да/Нет

3.3.8.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при серповидно-клеточных нарушениях (коды по МКБ - 10: D57, D56.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (дифференцированный подсчет лейкоцитов (лейкоцитарная формула), исследование уровня ретикулоцитов в крови, просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов) (при установлении диагноза, на этапе лечения при каждом посещении врача-гематолога)	Да/Нет
2.	Вполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, креатинин, мочевины, лактатдегидрогеназы в крови), (при установлении диагноза, на этапе лечения каждые 3-6 месяцев)	Да/Нет
3.	Выполнена гипоксическая проба на обнаружение серповидноклеточных эритроцитов, определение соотношения белковых фракций методом электрофореза, выявление типов гемоглобина, определение соотношения белковых фракций методом высокочувствительного капиллярного электрофореза, комплексное определение концентрации на аминокислоты методом высокой эффективной жидкостной хроматографии (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога (на этапе диспансерного наблюдения, ежегодно)	Да/Нет

3.3.8.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при серповидно-клеточных нарушениях (коды по МКБ - 10: D57, D56.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (дифференцированный подсчет лейкоцитов (лейкоцитарная формула), исследование уровня ретикулоцитов в крови, просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов) (при установлении диагноза, на этапе лечения при каждом посещении врача-гематолога)	Да/Нет
2.	Вполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, креатинин, мочевины, лактатдегидрогеназы	Да/Нет

	в крови), (при установлении диагноза, на этапе лечения каждые 3-6 месяцев)	
3.	Выполнена гипоксическая проба на обнаружение серповидноклеточных эритроцитов, определение соотношения белковых фракций методом электрофореза, выявление типов гемоглобина, определение соотношения белковых фракций методом высокочувствительного капиллярного электрофореза, комплексное определение концентрации на аминокислоты методом высокой эффективной жидкостной хроматографии (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с цветным доплеровским картированием кровотока или магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием или компьютерно-томографическая ангиография сосудов головного мозга (на этапе лечения пациентам старше 2 лет ежегодно)	Да/Нет
5.	Выполнена магнитно-резонансная томография костной ткани или ультразвуковое исследование костей (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога (на этапе диспансерного наблюдения, ежегодно)	Да/Нет

3.3.9.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при пароксизмальной ночной гемоглобинурии (коды по МКБ - 10: D59.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено иммунофенотипирование клеток периферической крови для диагностики пароксизмальной ночной гемоглобинурии расширенной панелью маркеров, включая FLAER (флюоресцентно-меченый аэролизин) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня ретикулоцитов в крови	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнено определение гемосидерина в моче	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (определение активности аланинаминотрансферазы, аспаратаминотрансферазы, лактатдегидрогеназы, креатинина, мочевины, билирубина связанного (конъюгированного), билирубина свободного (неконъюгированного), ферритина, исследование железосвязывающей способности сыворотки, железа, исследование уровня свободного гемоглобина в плазме крови)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
8.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
9.	Не проводилось назначение глюкокортикостероидов	Да/Нет

3.3.9.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при пароксизмальной ночной гемоглобинурии (коды по МКБ - 10: D59.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено иммунофенотипирование клеток периферической крови для диагностики пароксизмальной ночной	Да/Нет

	гемоглинурии расширенной панелью маркеров, включая FLAER (флюоресцентно-меченый аэролизин) (при установлении диагноза)	
2.	Выполнено исследование уровня ретикулоцитов в крови	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнено определение гемосидерина в моче	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (определение активности аланинаминотрансферазы, аспаратаминотрансферазы, лактатдегидрогеназы, креатинина, мочевины, билирубина связанного (конъюгированного), билирубина свободного (неконъюгированного), ферритина, исследование железосвязывающей способности сыворотки, железа, исследование уровня свободного гемоглобина в плазме крови)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
8.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
9.	Выполнено исследование костного мозга (получение цитологического препарата костного мозга путем пункции и цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма), получение гистологического препарата костного мозга (трепанобиопсия), патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов, цитогенетическое исследование (кариотип) костного мозга (при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Не проводилось назначение глюкокортикостероидов	Да/Нет

3.3.10.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при пароксизмальной ночной гемоглинурии (коды по МКБ - 10: D59.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено иммунофенотипирование клеток периферической крови для диагностики пароксизмальной ночной гемоглинурии расширенной панелью маркеров, включая FLAER (флюоресцентно-меченый аэролизин) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня ретикулоцитов в крови	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнено определение гемосидерина в моче	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (определение активности аланинаминотрансферазы, аспаратаминотрансферазы, лактатдегидрогеназы, креатинина, мочевины, билирубина связанного (конъюгированного), билирубина свободного (неконъюгированного), ферритина, исследование железосвязывающей способности сыворотки, железа, исследование уровня свободного гемоглобина в плазме крови)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (не реже 1 раза в год)	Да/Нет
8.	Выполнена эхокардиография (не реже 1 раза в год)	Да/Нет
9.	Не проводилось назначение глюкокортикостероидов	Да/Нет

3.3.10.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при пароксизмальной ночной гемоглобинурии (коды по МКБ - 10: D59.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено иммунофенотипирование клеток периферической крови для диагностики пароксизмальной ночной гемоглобинурии расширенной панелью маркеров, включая FLAER (флюоресцентно-меченый аэролизин) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня ретикулоцитов в крови	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнено определение гемосидерина в моче	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (определение активности аланинаминотрансферазы, аспаратаминотрансферазы, лактатдегидрогеназы, креатинина, мочевины, билирубина связанного (конъюгированного), билирубина свободного (неконъюгированного), ферритина, исследование железосвязывающей способности сыворотки, железа, исследование уровня свободного гемоглобина в плазме крови)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
8.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
9.	Выполнено исследование костного мозга (получение цитологического препарата костного мозга путем пункции и цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма), получение гистологического препарата костного мозга (трепанобиопсия), патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов, цитогенетическое исследование (кариотип) костного мозга (при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Не проводилось назначение глюкокортикостероидов	Да/Нет

3.3.11.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при апластической анемии (коды по МКБ - 10: D61.3, D61.8, D61.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (не реже 2 раза в неделю до достижения ответа на лечение, далее 1 раз в месяц)	Да/Нет
3.	Выполнено определение HLA-антигенов (HLA-типирование пациенту с установленной апластической анемией до начала терапии и его сиблингам)	Да/Нет

3.3.11.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при апластической анемии (коды по МКБ - 10: D61.3, D61.8, D61.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (не реже 2 раза в неделю до достижения ответа на лечение, далее 1 раз в месяц)	Да/Нет
3.	Выполнено получение цитологического препарата костного мозга путем пункции передних или задних гребней подвздошных костей (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено цитогенетическое исследование биопсийного (операционного) материала клеток костного мозга (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Проведена комбинированная иммуносупрессивная терапия (на этапе лечения, не являющемся кандидатом на трансплантацию костного мозга, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено определение HLA-антигенов (HLA-типирование пациенту с установленной апластической анемией до начала терапии и его сиблингам)	Да/Нет

3.3.12.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при иммунной тромбоцитопении (коды по МКБ - 10: D69.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (с дифференцированным подсчетом лейкоцитов (лейкоцитарная формула) и количества тромбоцитов на анализаторе и по мазку с исследованием морфологии эритроцитов, тромбоцитов, нейтрофилов, определением количества ретикулоцитов и скорости оседания эритроцитов)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
3.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (с определением активированного частичного тромбопластинового времени, протромбинового индекса, тромбинового времени, фибриногена)	Да/Нет
4.	Выполнен прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса)	Да/Нет

3.3.12.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при иммунной тромбоцитопении (коды по МКБ - 10: D69.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (с дифференцированным подсчетом лейкоцитов (лейкоцитарная	Да/Нет

	формула) и количества тромбоцитов на анализаторе и по мазку с исследованием морфологии эритроцитов, тромбоцитов, нейтрофилов, определением количества ретикулоцитов и скорости оседания эритроцитов)	
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
3.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (с определением активированного частичного тромбопластинового времени, протромбинового индекса, тромбинового времени, фибриногена)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня иммуноглобулинов А, М, G в крови	Да/Нет
5.	Выполнен прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса)	Да/Нет
6.	Выполнено определение содержания антинуклеарных антител к Sm-антигену (при подозрении на вторичную иммунную тромбоцитопению)	Да/Нет
7.	Выполнено определение содержания антител к ДНК нативной (при подозрении на вторичную иммунную тромбоцитопению)	Да/Нет
8.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при резистентности, потере ответа на ИТП-специфическую терапию и других случаях сомнения в диагнозе, а также при наличии сопутствующих заболеваний)	Да/Нет
9.	Проведена терапия глюкокортикоидами и/или внутривенным иммуноглобулином человека нормальным, и/или ритуксимабом, и/или элтромбопагом, и/или ромиплостимом, (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) и/или спленэктомия	Да/Нет

3.3.13.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре (коды по МКБ - 10: D69.3)

№ п/п	Выполнен общий (клинический) анализ крови (с оптическим подсчетом тромбоцитов по Фонио)	Оценка выполнения
1.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (активированное частичное тромбопластиновое время, протромбиновый индекс, тромбиновое время, фибриноген)	Да/Нет
2.	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет

4.	Выполнено определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	Да/Нет
6.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) иммуноферментным методом (ИФА) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено определение антител к вирусу простого герпеса (Herpes simplex virus) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнено определение антител к капсидному антигену (VCA) вируса Эпштейна-Барр (Epstein - Barr virus) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнено определение антител к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнено исследование уровня иммуноглобулинов G, M и A в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
11.	Выполнено иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на хеликобактер пилори (Helicobacter pylori) или 13С-уреазный дыхательный тест на Helicobacter Pylori, или определение антител к хеликобактер пилори (Helicobacter pylori) в крови, или микробиологическое (культуральное) исследование биоптата стенки желудка на хеликобактер пилори (Helicobacter pylori), или молекулярно-биологическое исследование фекалий на хеликобактер пилори (Helicobacter pylori), или молекулярно-биологическое исследование биоптатов слизистой желудка на хеликобактер пилори (Helicobacter pylori) (при установлении диагноза)	Да/Нет
12.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза и при рецидиве)	Да/Нет
13.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга (при рецидивирующих и резистентных формах заболевания в течение 6 месяцев, перед спленэктомией, у пациентов старше 60 лет, при малом числе мегакариоцитов в миелограмме, при подозрении на вторичный генез тромбоцитопении)	Да/Нет
14.	Выполнен прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса) (при анемическом синдроме и билирубинемии) (при установлении диагноза)	Да/Нет
15.	Выполнено определение содержания антител к кардиолипину в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
16.	Выполнено определение содержания антител к бета-2-гликопротеину в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
17.	Выполнено определение значения волчаночного антикоагулянта (при установлении диагноза)	Да/Нет

18.	Выполнено определение уровня антинуклеарного фактора (при установлении диагноза)	Да/Нет
19.	Выполнено определение содержания антител к двуспиральной (нативной) дезоксирибонуклеиновой кислоте (ДНК) (при установлении диагноза)	Да/Нет
20.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (при установлении диагноза и при резистентно-рецидивирующем течении, не реже 1 раз в 6 мес)	Да/Нет
21.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной полости (исключение гиперплазии внутригрудных лимфоузлов и патологии органов грудной клетки) (при установлении диагноза)	Да/Нет
22.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и/или компьютерная томография органов брюшной полости (с определением наличия внутрибрюшных лимфоузлов, размеров селезенки, печени) (при установлении диагноза)	Да/Нет
23.	Назначена терапия глюкокортикоидами или иммуноглобулином человека нормальным внутривенно или ромиплостимом или элтромбопагом или ритуксимабом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) или спленэктомия	Да/Нет
24.	Назначена терапия другими иммунодепрессантами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.3.13.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре (коды по МКБ - 10: D69.3)

№ п/п	Выполнен общий (клинический) анализ крови (с оптическим подсчетом тромбоцитов по Фонио)	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (с оптическим подсчетом тромбоцитов по Фонио)	Да/Нет
2.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (активированное частичное тромбопластиновое время, протромбиновый индекс, тромбиновое время, фибриноген)	Да/Нет
3.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза и при рецидиве)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга (при рецидивирующих и резистентных формах заболевания в течение 6 месяцев, перед спленэктомией, у пациентов старше 60 лет, при малом числе мегакариоцитов в миелограмме, при подозрении на вторичный генез тромбоцитопении)	Да/Нет
5.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной полости	Да/Нет

	(исключение гиперплазии внутригрудных лимфоузлов и патологии органов грудной клетки) (при установлении диагноза)	
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и/или компьютерная томография органов брюшной полости (с определением наличия внутрибрюшных лимфоузлов, размеров селезенки, печени) (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Проведена терапия глюкокортикоидами или внутривенный иммуноглобулином человека нормальным или ромиплостимом или элтромбопагом или ритуксимабом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) или спленэктомия	Да/Нет
8.	Проведена терапия другими иммунодепрессантами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.3.14.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при анемии при злокачественных новообразованиях (коды по МКБ - 10: D63.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови с оценкой гематокрита (Hct) (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.3.14.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при анемии при злокачественных новообразованиях (коды по МКБ - 10: D63.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена трансфузия эритроцитарной массы (при снижении концентрации гемоглобина ниже 70 г/л с проявлениями симптомов и признаков анемической гипоксии при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови с оценкой гематокрита (Hct) (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.3.15.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при анемии при злокачественных новообразованиях (коды по МКБ - 10: D63.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена оценка гематокрита (Hct) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнены исследование уровня железа сыворотки крови и исследование насыщения трансферрина железом и исследование уровня ферритина в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.3.15.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при анемии при злокачественных новообразованиях (коды по МКБ - 10: D63.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения

1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
2.	Выполнена оценка гематокрита (Hct) (при установлении диагноза в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3.	Выполнены исследование уровня железа сыворотки крови и исследование насыщения трансферрина железом и исследование уровня ферритина в крови (при установлении диагноза в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
4.	Выполнена трансфузия эритроцитарной массы (при снижении концентрации гемоглобина ниже 70 г/л с проявлениями симптомов и признаков анемической гипоксии при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.3.16.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при анемии при хронической болезни почек (коды по МКБ - 10: D63.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови с оценкой гематокрита (Hct) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Назначена терапия лекарственными препаратами группы препараты железа (при насыщении трансферрина ниже 20% и уровне ферритина ниже 100 нг/мл при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.3.16.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при анемии при хронической болезни почек (коды по МКБ - 10: D63.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови с оценкой гематокрита (Hct) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы препараты железа (при насыщении трансферрина ниже 20% и уровне ферритина ниже 100 нг/мл при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.3.17.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при анемии при хронической болезни почек (коды по МКБ - 10: D63.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена оценка гематокрита (Hct) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнены исследование уровня железа сыворотки крови и исследование насыщения трансферрина железом и исследование уровня ферритина в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Назначены терапия лекарственными препаратами группы антианемические лекарственные препараты (стимуляторы эритропоэза) (при уровне гемоглобина в крови ниже 100 г/л)	Да/Нет
5.	Назначена терапия лекарственными препаратами группы препараты железа (при насыщении трансферрина железом ниже	Да/Нет

	20% и уровне ферритина в крови ниже 100 нг/мл в случае, если пациент ранее не получал терапию препаратами железа)	
--	---	--

3.3.17.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при анемии при хронической болезни почек (коды по МКБ - 10: D63.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1. 1	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2. 2	Выполнена оценка гематокрита (Hct) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3. 3	Проведена терапия лекарственными препаратами группы антианемические лекарственные препараты (стимуляторы эритропоэза) (при уровне гемоглобина в крови ниже 100 г/л)	Да/Нет
4. 4	Проведена терапия лекарственными препаратами группы препараты железа (при насыщении трансферрина железом ниже 20% и уровне ферритина в крови ниже 100 нг/мл в случае, если пациент ранее не получал терапию препаратами железа)	Да/Нет

3.3.18. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гемолитико-уремическом синдроме (код по МКБ-10: D59.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен анализ мочи общий (при отсутствии анурии)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевины, лактатдегидрогеназа, общий билирубин, свободный и связанный билирубин, аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, натрий, калий, хлориды, фосфор, общий кальций)	Да/Нет
4.	Выполнен непрямой антиглобулиновый тест (тест Кумбса) и/или прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса)	Да/Нет
5.	Выполнено бактериологическое исследование кала и/или серологическое исследование кала для выявления шига-токсин продуцирующей Escherichia coli	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня комплемента и его фракций в крови (уровня C3 и C4 компонентов комплемента) (при атипичном гемолитико-уремическом синдроме)	Да/Нет
7.	Выполнена терапия методами диализа (при анурии более 24 часов)	Да/Нет
8.	Выполнена трансфузия эритроцитарной массы при уровне гемоглобина ниже 70 г/л	Да/Нет

3.3.19.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при наследственном ангиоотеке (коды по МКБ - 10: D84.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Выполнено двукратное исследование уровня С1-ингибитора и его функциональной активности в крови или исследование уровня С1-ингибитора и его функциональной активности в крови в сочетании с проведением молекулярно-генетическим исследованием в гене SERPING1 (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня С1-ингибитора и его функциональной активности в крови или исследование уровня С1-ингибитора и его функциональной активности в крови в сочетании с проведением молекулярно-генетическим исследованием в гене SERPING1 родственнику пациента (при установленном диагнозе)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга (при выраженной абдоминальной атаке)	Да/Нет
4.	Выполнено определение основных групп крови по системе АВ0 и определение антигена D системы Резус (резус-фактор)	Да/Нет
5.	Выполнена отмена лекарственных препаратов группы эстрогены, ингибиторы АПФ, антагонисты рецепторов ангиотензина II (при установленном диагнозе)	Да/Нет
6.	Проведена краткосрочная профилактика ингибитором С1-эстеразы человека или свежзамороженной плазмой или даназолом перед хирургическим вмешательством или иным инвазивным медицинском вмешательстве (при наследственном ангиотеке I и II типов, при хирургическом вмешательстве или иных инвазивных медицинских вмешательствах)	Да/Нет
7.	Пациент с НАО, проходящий любое инвазивное медицинское вмешательство, обеспечен препаратами для купирования не менее двух жизнеугрожающих атак: икатибант или ингибитор С1-эстеразы человека (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Пациент обеспечен препаратами для купирования не менее, чем двух атак: икатибант или ингибитор С1-эстеразы человека (при установленном диагнозе, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Пациентка на период беременности обеспечена ингибитором С1-эстеразы человека (при установленном диагнозе, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Пациентка на период родов обеспечена ингибитором С1-эстеразы человека для купирования двух атак (при установленном диагнозе, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнена госпитализация в отделение оториноларингологии или реанимационное отделение (при ангиотеке в области гортани при нарастании отёка или неэффективности проводимой терапии)	Да/Нет

3.3.19.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при наследственном ангиотеке (коды по МКБ - 10: D84.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена госпитализация в отделение оториноларингологии или реанимационное отделение (при ангиотеке в области гортани при нарастании отёка или неэффективности проводимой терапии)	Да/Нет
2.	Введены препараты для купирования отёков не позднее 30 мин от момента госпитализации пациента (при отёках, способных привести к асфиксии, абдоминальных атаках и периферических отёках, сопряженных с риском развития осложнений)	Да/Нет

3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога или врача-анестезиолога-реаниматолога (при отеке верхних дыхательных путей)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга (при выраженной абдоминальной атаке)	Да/Нет
5.	Выполнено определение основных групп крови по системе АВ0 и определение антигена D системы Резус (резус-фактор) (если не было выполнено на амбулаторном этапе)	Да/Нет
6.	Выполнена коникотомия или наложение трахеостомы или интубация трахеи (при выраженной компрессии дыхательных путей при неэффективности лекарственной терапии)	Да/Нет
7.	Проведена краткосрочная профилактика ингибитором С1-эстеразы человека или свежемороженой плазмой или даназолом перед хирургическим вмешательством или иным инвазивным медицинским вмешательстве (при наследственном ангиотекте I и II типов, при хирургическом вмешательстве или иных инвазивных медицинских вмешательствах)	Да/Нет
8.	Выполнена отмена лекарственных препаратов группы эстрогены, ингибиторы АПФ, антагонисты рецепторов ангиотензина II (при установленном диагнозе)	Да/Нет

3.3.20.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при варикозном расширении вен (коды по МКБ - 10: I83)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено клиническое обследование пациента (выявление веноспецифических жалоб, сбор анамнеза, осмотр, пальпации нижних конечностей)	Да/Нет
2.	Определен клинический класс заболевания по классификации CEAP	Да/Нет
3.	выполнено дуплексное сканирование поверхностных и глубоких вен нижних конечностей с определением факта наличия, источника и пути распространения рефлюкса, изучением особенностей анатомии подкожных вен (перед проведением инвазивного вмешательства)	Да/Нет
4.	При подозрении на поражение подвздошных вен, вен малого таза, вен брюшинного пространства выполнены дополнительные методы визуализации венозной системы (флебография и/или магнитно-резонансная венография и/или компьютерно-томографическая венография)	Да/Нет
5.	При согласии пациента на инвазивное лечение ликвидированы патологические рефлюксы, и/или устранены варикозные вены, и/или достигнуто улучшение гемодинамических показателей венозного оттока	Да/Нет
6.	Произведена индивидуальная оценка риска возникновения ВТЭО (перед проведением инвазивного лечения)	Да/Нет
7.	Назначена профилактика ВТЭО в соответствии с индивидуальным уровнем риска (в период проведения инвазивного лечения)	Да/Нет

8.	Назначена компрессионная терапия после инвазивного вмешательства	Да/Нет
9.	Назначена компрессионная терапия и/или курсовой прием ФЛС и/или электрическая стимуляция мышц голени (при сохранении субъективных симптомов ХЗВ после инвазивного вмешательства)	Да/Нет

3.3.20.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при варикозном расширении вен (коды по МКБ - 10: I83)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено клиническое обследование пациента (выявление веноспецифических жалоб, сбор анамнеза, осмотр, пальпации нижних конечностей)	Да/Нет
2.	Определен клинический класс заболевания по классификации CEAP	Да/Нет
3.	выполнено дуплексное сканирование поверхностных и глубоких вен нижних конечностей с определением факта наличия, источника и пути распространения рефлюкса, изучением особенностей анатомии подкожных вен (перед проведением инвазивного вмешательства)	Да/Нет
4.	При подозрении на поражение подвздошных вен, вен малого таза, вен забрюшинного пространства выполнены дополнительные методы визуализации венозной системы (флебография и/или магнитно-резонансная венография и/или компьютерно-томографическая венография)	Да/Нет
5.	При согласии пациента на инвазивное лечение ликвидированы патологические рефлюксы, и/или устранены варикозные вены, и/или достигнуто улучшение гемодинамических показателей венозного оттока	Да/Нет
6.	Произведена индивидуальная оценка риска возникновения ВТЭО (перед проведением инвазивного лечения)	Да/Нет
7.	Проведена профилактика ВТЭО в соответствии с индивидуальным уровнем риска (в период проведения инвазивного лечения)	Да/Нет
8.	Назначена компрессионная терапия после инвазивного вмешательства	Да/Нет
9.	Назначена компрессионная терапия и/или курсовой прием ФЛС и/или электрическая стимуляция мышц голени (при сохранении субъективных симптомов ХЗВ после инвазивного вмешательства)	Да/Нет

3.3.21.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при флебите и тромбофлебите поверхностных сосудов (коды по МКБ - 10: I80.0, I80.8, I82.1, O22.2, O87.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено клиническое обследование пациента (выявление веноспецифических жалоб, сбор анамнеза, осмотр, пальпации нижних конечностей)	Да/Нет
2.	Определена стадия тромбофлебита поверхностных вен и степень риска перехода тромба на глубокие вены	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей с оценкой состояния поверхностных и глубоких вен обеих нижних конечностей	Да/Нет
4.	Назначена антикоагулянтная терапия (при умеренном и высоком риске перехода тромба на глубокие вены в стадию острого и стихающего тромбофлебита поверхностных вен)	Да/Нет
5.	Выполнена приустьевая перевязка (высокое лигирование) или кроссэктомия (при высоком риске перехода тромба на глубокие вены в стадию острого и стихающего тромбофлебита поверхностных вен и невозможности антикоагулянтной терапии выполнена)	Да/Нет
6.	Выполнено повторное ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей (при отсутствии положительной динамики клинических проявлений тромбофлебита поверхностных вен на фоне проводимого лечения)	Да/Нет

3.3.21.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при флебите и тромбофлебите поверхностных сосудов (коды по МКБ - 10: I80.0, I80.8, I82.1, O22.2, O87.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено клиническое обследование пациента (выявление веноспецифических жалоб, сбор анамнеза, осмотр, пальпации нижних конечностей)	Да/Нет
2.	Определена стадия тромбофлебита поверхностных вен и степень риска перехода тромба на глубокие вены	Да/Нет
3.	Выполнено дуплексное сканирование вен нижних конечностей с оценкой состояния поверхностных и глубоких вен обеих нижних конечностей	Да/Нет

4.	Проведена антикоагулянтная терапия (при умеренном и высоком риске перехода тромба на глубокие вены в стадию острого и стихающего тромбофлебита поверхностных вен)	Да/Нет
5.	Выполнена приустьевая перевязка (высокое лигирование) или кроссэктомия (при высоком риске перехода тромба на глубокие вены в стадию острого и стихающего тромбофлебита поверхностных вен и невозможности антикоагулянтной терапии выполнена)	Да/Нет
6.	Выполнено повторное дуплексное сканирование вен нижних конечностей (при отсутствии положительной динамики клинических проявлений тромбофлебита поверхностных вен на фоне проводимого лечения)	Да/Нет

3.3.22.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при врожденном надклапанном стенозе аорты (коды по МКБ - 10: Q25.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб пациента	Да/Нет
2.	Выполнена аускультация сердца	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
4.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
6.	Выполнены ультразвуковая доплерография артерий верхних конечностей и дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с цветным доплеровским картированием	Да/Нет
7.	Выполнено дуплексное сканирование артерий почек	Да/Нет
8.	Выполнена компьютерная томография сердца с контрастированием	Да/Нет
9.	Выполнена эхокардиография с физической нагрузкой при подозрении на вовлечение в патологический процесс устьев коронарных артерий или при имеющихся признаках коронарной ишемии по данным ЭКГ	Да/Нет
10.	Выполнена позитронно-эмиссионная томография (при диагностированном вовлечении в патологический процесс устьев коронарных артерий)	Да/Нет
11.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование (при подозрении на наличие синдрома Вильямса)	Да/Нет

3.3.22.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденном надклапанном стенозе аорты (коды по МКБ - 10: Q25.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб пациента	Да/Нет
2.	Выполнена аускультация сердца	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
4.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма	Да/Нет
5.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
6.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
7.	Выполнены ультразвуковая доплерография артерий верхних конечностей и дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с цветным доплеровским картированием	Да/Нет
8.	Выполнено дуплексное сканирование артерий почек	Да/Нет
9.	Выполнены чрезвенная катетеризация сердца и ретроградная катетеризация левых отделов сердца с левой вентрикулографией (для пациентов с выраженным и резким аортальным стенозом согласно гемодинамической классификации)	Да/Нет
10.	Выполнены панаортография с коронарографией (для пациентов с выраженным и резким аортальным стенозом согласно гемодинамической классификации)	Да/Нет
11.	Выполнена компьютерная томография сердца с контрастированием	Да/Нет
12.	Выполнена эхокардиография с физической нагрузкой при подозрении на вовлечение в патологический процесс устьев коронарных артерий или при имеющихся признаках коронарной ишемии по данным ЭКГ	Да/Нет
13.	Выполнена позитронно-эмиссионная томография при диагностированном вовлечении в патологический процесс устьев коронарных артерий	Да/Нет
14.	Выполнено хирургическое лечение по устранению ПСА при наличии показаний (чрезкожное вмешательство или операция на открытом сердце)	Да/Нет
15.	Выполнена регистрация электрокардиограммы перед выпиской из стационара	Да/Нет

16.	Выполнена эхокардиография перед выпиской из стационара	Да/Нет
-----	--	--------

3.3.23.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при тетраде Фалло (коды по МКБ - 10: Q21.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб пациента	Да/Нет
2.	Выполнена аускультация сердца	Да/Нет
3.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
4.	Выполнена эхокардиография с применением режима цветного доплеровского картирования	Да/Нет
5.	Назначена терапия диуретиками (при наличии симптомов сердечной недостаточности)	Да/Нет

3.3.23.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при тетраде Фалло (коды по МКБ - 10: Q21.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб пациента	Да/Нет
2.	Выполнена аускультация сердца	Да/Нет
3.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография с применением режима цветного доплеровского картирования	Да/Нет
6.	Выполнена катетеризация камер сердца и ангиокардиография при наличии показаний	Да/Нет
7.	Проведена терапия диуретиками (при наличии симптомов сердечной недостаточности)	Да/Нет
8.	Выполнена радикальная коррекция порока	Да/Нет
9.	Выполнена электрокардиография перед выпиской из стационара	Да/Нет
10.	Выполнена эхокардиография перед выпиской из стационара	Да/Нет

3.3.24.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при атрезии легочной артерии с дефектом межжелудочковой перегородки (коды по МКБ - 10: Q 22.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
6.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб пациента	Да/Нет
7.	Выполнена аускультация сердца	Да/Нет
8.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
9.	Выполнена эхокардиография с применением режима цветного доплеровского картирования	Да/Нет
10.	Назначена терапия диуретиками (при наличии симптомов сердечной недостаточности)	Да/Нет

3.3.24.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при атрезии легочной артерии с дефектом межжелудочковой перегородки (коды по МКБ - 10: Q 22.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб пациента	Да/Нет
2.	Выполнена аускультация сердца	Да/Нет
3.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография с применением режима цветного доплеровского картирования	Да/Нет
6.	Выполнена катетеризация камер сердца и ангиокардиография при наличии показаний	Да/Нет
7.	Проведена терапия диуретиками (при наличии симптомов сердечной недостаточности)	Да/Нет
8.	Выполнено хирургическое лечение по радикальной коррекции порока	Да/Нет
9.	Выполнена электрокардиография перед выпиской из стационара	Да/Нет
10.	Выполнена эхокардиография перед выпиской из стационара	Да/Нет

3.4. Критерии оценки качества при болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ

3.4.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при заболеваниях и состояниях, связанных с дефицитом йода (коды по МКБ - 10: E01-E02, E04.0-2, E04.8-9, E07.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена сцинтиграфия щитовидной железы (при подозрении на функциональную автономию щитовидной железы)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы	Да/Нет

3.4.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при заболеваниях и состояниях, связанных с дефицитом йода (коды по МКБ - 10: E01-E02, E04.0-2, E04.8-9, E07.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена сцинтиграфия щитовидной железы (при подозрении на функциональную автономию щитовидной железы в случае, если не выполнено амбулаторно)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (в случае, если не выполнено амбулаторно)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы (в случае, если не выполнено амбулаторно)	Да/Нет

3.4.2.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при заболеваниях и состояниях, связанных с дефицитом йода (коды по МКБ - 10: E01-E02, E04.0-2, E04.8-9, E07.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня кальцитонина в крови при узловых образованиях щитовидной железы	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона в крови	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы	Да/Нет
4.	Выполнено назначение калия йодида в дозе 100–200 мкг в день пациентам моложе 40 лет	Да/Нет

3.4.2.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при заболеваниях и состояниях, связанных с дефицитом йода (коды по МКБ - 10: E01-E02, E04.0-2, E04.8-9, E07.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена магнитно-резонансная томография шеи спиральная компьютерная томография шеи (при подозрении на компрессионный синдром)	Да/Нет
2.	Выполнена сцинтиграфия щитовидной железы (при подозрении на функциональную автономию щитовидной железы)	Да/Нет
3.	Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия при наличии подозрительных узловых образований в щитовидной железе по	Да/Нет

	данным ультразвукового исследования в соответствии с классификацией EU TIRADS (EU TIRADS 3 при узлах более 20 мм; EU TIRADS при узлах более 15 мм; EU TIRADS 5 при узлах более 10 мм)	
4.	Выполнена оценка пункта узлового образования с использованием шести категорий классификации Бетесда	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня кальцитонина в крови при узловых образованиях щитовидной железы	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона в крови	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы	Да/Нет
8.	Выполнена радиойодтерапия (при узловом/многоузловом токсическом зобе)	Да/Нет

3.4.3.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при гипотиреозе (коды по МКБ - 10: E03.1-E03.5, E03.8, E03.9, E89.0, E06.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови (при впервые выявленном повышении уровня тиреотропного гормона (ТТГ) и нормальном уровне свободного тироксина (СТ4), через 2-3 месяца)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (при впервые выявленном повышении уровня тиреотропного гормона (ТТГ) и нормальном уровне свободного тироксина (СТ4), через 2-3 месяца)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови (при впервые выявленном повышении уровня тиреотропного гормона (ТТГ) и нормальном уровне свободного тироксина (СТ4), через 2-3 месяца)	Да/Нет
6.	Назначена заместительная терапия левотироксином натрия (при явном гипотиреозе, беременным с субклиническим гипотиреозом, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Проведена коррекция дозы левотироксина натрия (при первичном гипотиреозе по достижению целевого уровня тиреотропного гормона)	Да/Нет

3.4.3.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гипотиреозе (коды по МКБ - 10: E03.1-E03.5, E03.8, E03.9, E89.0, E06.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови (при впервые выявленном повышении уровня тиреотропного гормона (ТТГ) и нормальном уровне свободного тироксина (СТ4), через 2-3 месяца)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (при впервые выявленном повышении уровня	Да/Нет

	тиреотропного гормона (ТТГ) и нормальном уровне свободного тироксина (СТ4), через 2–3 месяца)	
5.	Выполнено исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови (при впервые выявленном повышении уровня тиреотропного гормона (ТТГ) и нормальном уровне свободного тироксина (СТ4), через 2–3 месяца)	Да/Нет
6.	Проведена заместительная терапия левотироксином натрия (при явном гипотиреозе, беременным с субклиническим гипотиреозом, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Проведена коррекция дозы левотироксина натрия (при первичном гипотиреозе по достижению целевого уровня тиреотропного гормона)	Да/Нет

3.4.4.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при тиреоидитах (коды по МКБ - 10: E06.0, E06.1, E06.3, E06.5, E06.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при остром тиреоидите, при подостром тиреоидите)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование скорости оседания эритроцитов (при остром тиреоидите, при подостром тиреоидите)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (при остром тиреоидите при наличии клинической картины тиреотоксикоза, при подостром тиреоидите, при хроническом аутоиммунном тиреоидите, при тиреоидите Риделя)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез (при остром тиреоидите, при подостром тиреоидите, при хроническом аутоиммунном тиреоидите, при тиреоидите Риделя)	Да/Нет
5.	Проведена антибактериальная терапия (при остром тиреоидите при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня свободного трийодтиронина (СТ3) в крови (при подостром тиреоидите, при хроническом аутоиммунном тиреоидите, при тиреоидите Риделя)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови (при подостром тиреоидите, при хроническом аутоиммунном тиреоидите, при тиреоидите Риделя)	Да/Нет
8.	Выполнено определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови (при хроническом аутоиммунном тиреоидите)	Да/Нет
9.	Назначена терапия левотироксином натрия (при хроническом аутоиммунном тиреоидите при наличии гипотиреоза при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.4.4.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при тиреоидитах (коды по МКБ - 10: E06.0, E06.1, E06.3, E06.5, E06.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при остром тиреоидите, при подостром тиреоидите)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование скорости оседания эритроцитов (при остром тиреоидите, при подостром тиреоидите)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (при остром тиреоидите при наличии клинической	Да/Нет

	картины тиреотоксикоза, при подостром тиреоидите, при хроническом аутоиммунном тиреоидите, при тиреоидоме Риделя)	
4.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез (при остром тиреоидите, при подостром тиреоидите, при хроническом аутоиммунном тиреоидите, при тиреоидите Риделя)	Да/Нет
5.	Проведена антибактериальная терапия (при остром тиреоидите при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня свободного трийодтиронина (СТ3) в крови (при подостром тиреоидите, при хроническом аутоиммунном тиреоидите, при тиреоидите Риделя)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови (при подостром тиреоидите, при хроническом аутоиммунном тиреоидите, при тиреоидите Риделя)	Да/Нет
8.	Проведена терапия левотироксином натрия (при хроническом аутоиммунном тиреоидите при наличии гипотиреоза при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Проведено хирургическое вмешательство и/или консервативное лечение (при тиреоидите Риделя при наличии синдрома компрессии)	Да/Нет
10.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей щитовидной железы (при тиреоидите Риделя)	Да/Нет

3.4.5.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при острых и хронических тиреоидитах (исключая аутоиммунный тиреоидит) (коды по МКБ - 10: E06.0, E06.1, E06.2, E06.4, E06.5, E06.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при остром тиреоидите)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при подостром тиреоидите)	Да/Нет
3.	Выполнена сцинтиграфия щитовидной железы (при формировании тиреотоксикоза на фоне лечения интерферонами или ингибиторами интерлейкина)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня свободного тироксина (св.Т4) в крови (при наличии отклонений ТТГ при амиодарон-индуцированном тиреоидите, при подостром тиреоидите)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня свободного трийодтиронина (св.Т3) в крови (при наличии отклонений ТТГ при амиодарон-индуцированном тиреоидите, при подостром тиреоидите)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) крови (при остром тиреоидите, подостром тиреоидите, перед назначением препаратов лития, на фоне терапии препаратами лития, при проведении лечения интерферонами или ингибиторами интерлейкина, через 3, 6, 12 месяцев после назначения лечения амиодароном)	Да/Нет
7.	Выполнено определение содержания антител к рецептору тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (при амиодарон-индуцированном тиреоидите)	Да/Нет
8.	Выполнено определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови (АТ-ТПО) (перед назначением	Да/Нет

	терапии препаратами лития, при проведении лечения интерферонами или ингибиторами интерлейкина)	
9.	Выполнено определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови (АТ-ТПО) 1 раз в 3 мес. (при наличии положительного титра АТ к ТПО).	Да/Нет
10.	Выполнено определение содержания антител к тироглобулину (АТ-ТГ) в сыворотке крови (при проведении лечения интерферонами или ингибиторами интерлейкина)	Да/Нет
11.	Выполнена компьютерная томография шеи с внутривенным болюсным контрастированием (при наличии синдрома компрессии трахеи)	Да/Нет
12.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы (при остром тиреоидите, подостром тиреоидите, тиреоидите Риделя, при развитии дисфункции щитовидной железы на фоне лечения препаратами интерферонов или интерлейкинов)	Да/Нет
13.	Выполнено назначение антибактериальной терапии (при остром тиреоидите при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
14.	Выполнено назначение бета-адреноблокаторов, нестероидных противовоспалительных препаратов или глюкокортикостероидов (при подостром тиреоидите в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
15.	Выполнено назначение левотироксина натрия (при нарушении функции щитовидной железы, развившейся на фоне проведения лечения интерферонами или ингибиторами интерлейкина)	Да/Нет

3.4.5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при острых и хронических тиреоидитах (исключая аутоиммунный тиреоидит) (коды по МКБ - 10: E06.0, E06.1, E06.2, E06.4, E06.5, E06.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при остром тиреоидите)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при подостром тиреоидите)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня свободного тироксина (св.Т4) в крови (при наличии отклонений ТТГ при амиодарон-индуцированном тиреоидите, при подостром тиреоидите)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня свободного трийодтиронина (св.Т3) в крови (при наличии отклонений ТТГ при амиодарон-индуцированном тиреоидите, при подостром тиреоидите)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) крови (при остром тиреоидите, подостром тиреоидите, перед назначением препаратов лития, на фоне терапии препаратами лития, при проведении лечения интерферонами или ингибиторами интерлейкина, через 3, 6, 12 месяцев после назначения лечения амиодароном)	Да/Нет
6.	Выполнено определение содержания антител к рецептору тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (при амиодарон-индуцированном тиреоидите)	Да/Нет
7.	Выполнено определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови (АТ-ТПО) (перед назначением терапии препаратами лития, при проведении лечения интерферонами или ингибиторами интерлейкина)	Да/Нет

8.	Выполнено определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови (АТ-ТПО) 1 раз в 3 мес. (при наличии положительного титра АТ к ТПО).	Да/Нет
9.	Выполнено определение содержания антител к тироглобулину (АТ-ТГ) в сыворотке крови (при проведении лечения интерферонами или ингибиторами интерлейкина)	Да/Нет
10.	Выполнена компьютерная томография шеи с внутривенным болюсным контрастированием (при наличии синдрома компрессии трахеи)	Да/Нет
11.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы (при остром тиреоидите, подостром тиреоидите, тиреоидите Риделя, при развитии дисфункции щитовидной железы на фоне лечения препаратами интерферонов или интерлейкинов)	Да/Нет
12.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы с цветным доплеровским картированием и/или сцинтиграфия щитовидной железы (при амиодарон-индуцированном тиреоидите)	Да/Нет
13.	Выполнено пункционное дренирование в сочетании с антибактериальной терапией (при малых очагах поражения при остром тиреоидите)	Да/Нет
14.	Выполнена гемитиреоидэктомия (при абсцедировании при остром тиреоидите)	Да/Нет
15.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала тканей щитовидной железы (при тиреоидите Риделя)	Да/Нет
16.	Проведена антибактериальная терапия (при остром тиреоидите при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17.	Проведена терапия бета-адреноблокаторами, нестероидными противовоспалительными препаратами или глюкокортикостероидами (при подостром тиреоидите в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
18.	Выполнена терапия левотироксином натрия (при нарушении функции щитовидной железы, развившейся на фоне проведения лечения интерферонами или ингибиторами интерлейкина)	Да/Нет

3.4.6.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при сахарном диабете 1 типа (коды по МКБ - 10: E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (белок общий, кальций общий, общий холестерин, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды, билирубин, мочевина, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, калий, натрий) не реже 1 раза в год (при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
2.	Выполнен визуальный осмотр и пальпация мест инъекций и проверка техники инъекций инсулина не реже 1 раза в 6 месяцев (при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
3.	Выполнена прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога с биомикроскопией глазного дна под мидриазом не реже 1 раза в год (при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
4.	Выполнена регистрация электрокардиограммы не реже 1 раза в год (при диспансерном наблюдении)	Да/Нет

5.	Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина в крови не реже 1 раза в 3 месяца (при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
6.	Выполнено обучение в «школе диабета» (при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
7.	Выполнено определение альбумина в моче не реже 1 раза в год (при длительности заболевания свыше 5 лет при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
8.	Выполнено определение индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) и целевых значений гликемии натощак/перед едой, через 2 часа после еды и на ночь/ночью не реже 1 раза в год (при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
9.	Даны рекомендации пациенту по самоконтролю гликемии не менее 4 раз в сутки с помощью глюкометра (при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
10.	Выполнено назначение/оптимизация инсулинотерапии для улучшения показателей гликемического контроля (при диспансерном наблюдении)	Да/Нет

3.4.6.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при сахарном диабете 1 типа у детей (коды по МКБ - 10: E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (белок общий, кальций общий, общий холестерин, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды, билирубин, мочевины, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, калий, натрий) (в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях в предыдущие 12 месяцев)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
4.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации (в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях в предыдущие 12 месяцев)	Да/Нет
5.	Выполнена прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога с биомикроскопией глазного дна под мидриазом	Да/Нет
6.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях в предыдущие 12 месяцев)	Да/Нет
7.	Выполнено определение индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) и целевых значений гликемии натощак/перед едой, через 2 часа после еды и на ночь/ночью 1 раз в год (в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях в предыдущие 12 месяцев)	Да/Нет
8.	Выполнено определение альбумина в моче (при длительности заболевания свыше 5 лет, в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях в предыдущие 12 месяцев)	Да/Нет
9.	Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина в крови (при длительности заболевания свыше 5 лет в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях в предыдущие 3 месяца)	Да/Нет
10.	Выполнено обучение в «школе диабета»	Да/Нет
11.	Даны рекомендации пациенту по самоконтролю гликемии не менее 4 раз в сутки с помощью глюкометра	Да/Нет

12.	Выполнено назначениe/оптимизация инсулинотерапии	Да/Нет
-----	--	--------

3.4.7.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при сахарном диабете 1 типа у взрослых (коды по МКБ - 10: E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (белок общий, кальций общий, общий холестерин, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды, билирубин, мочеви́на, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, калий, натрий) не реже 1 раза в год	Да/Нет
2.	Выполнено определение альбумина в утренней порции мочи или соотношения альбумина/креатинина в утренней порции мочи не реже 1 раза в год (при длительности сахарного диабета более 5 лет)	Да/Нет
3.	Выполнен визуальный осмотр и пальпация мест инъекций и проверка техники инъекций инсулина не реже 1 раза в 6 месяцев	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови не реже 1 раза в год	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи не реже 1 раза в год	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога не реже 1 раза в год (при длительности сахарного диабета более 5 лет)	Да/Нет
7.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации не реже 1 раза в год	Да/Нет
8.	Выполнена биомикроскопия глаза под мидриазом не реже 1 раза в год	Да/Нет
9.	Выполнена регистрация электрокардиограммы не реже 1 раза в год	Да/Нет
10.	Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина в крови не реже 1 раза в 3 месяца	Да/Нет
11.	Выполнено комплексное обследование стоп (визуальный осмотр, оценка вибрационной, тактильной и температурной чувствительности нижних конечностей, определение пульсации на артериях стоп) не реже 1 раза в год (при длительности сахарного диабета более 5 лет)	Да/Нет
12.	Выполнено определение индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) и целевых значений гликемии натощак/перед едой, через 2 часа после еды и на ночь/ночью не реже 1 раза в год	Да/Нет
13.	Даны рекомендации пациенту по самоконтролю гликемии не менее 4 раз в сутки с помощью глюкометра	Да/Нет
14.	Выполнено назначение инсулинотерапии или коррекция инсулинотерапии	Да/Нет
15.	Проведено обучение в школе для пациентов с сахарным диабетом	Да/Нет

3.4.7.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при сахарном диабете 1 типа у взрослых (коды по МКБ - 10: E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (белок общий, кальций общий, общий холестерин, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды, билирубин,	Да/Нет

	мочевина, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, калий, натрий), если не выполнено амбулаторно в последние 12 месяцев	
2.	Выполнено определение альбумина в утренней порции мочи или соотношения альбумина/креатинина в утренней порции мочи при длительности сахарного диабета более 5 лет, если не выполнено амбулаторно в последние 12 месяцев	Да/Нет
3.	Выполнен визуальный осмотр и пальпация мест инъекций и проверка техники инъекций инсулина	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови, если не выполнено амбулаторно в последние 12 месяцев	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи, если не выполнено амбулаторно в последние 12 месяцев	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога, если не выполнено амбулаторно в последние 12 месяцев	Да/Нет
7.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации, если не выполнено амбулаторно в последние 12 месяцев	Да/Нет
8.	Выполнена биомикроскопия глаза под мидриазом, если не выполнено амбулаторно в последние 12 месяцев	Да/Нет
9.	Выполнена регистрация электрокардиограммы, если не выполнено амбулаторно в последние 12 месяцев	Да/Нет
10.	Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина в крови, если не выполнено амбулаторно в последние 3 месяца	Да/Нет
11.	Выполнено комплексное обследование стоп (визуальный осмотр, оценка вибрационной, тактильной и температурной чувствительности нижних конечностей; определение пульсации на артериях стоп), если не выполнено амбулаторно в последние 12 месяцев	Да/Нет
12.	Выполнено определение индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) и целевых значений гликемии натощак/перед едой, через 2 часа после еды и на ночь/ночью	Да/Нет
13.	Даны рекомендации пациенту по самоконтролю гликемии не менее 4 раз в сутки с помощью глюкометра	Да/Нет
14.	Проведена инсулинотерапия и коррекция инсулинотерапии	Да/Нет
15.	Проведено обучение в школе для пациентов с сахарным диабетом, если не было проведено за последние 3 года	Да/Нет

3.4.8.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при сахарном диабете 2 типа у детей (коды по МКБ - 10: E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий холестерин, липопротеины низкой плотности, липопротеины высокой плотности, триглицериды, АлТ, АсТ) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня альбумина в моче и креатинина в плазме крови с оценкой соотношения альбумин/креатинин альбуминурию (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина в крови при установлении диагноза)	Да/Нет

5.	Выполнено УЗИ органов брюшной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
----	---	--------

3.4.8.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при сахарном диабете 2 типа у детей (коды по МКБ - 10: E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий холестерин, липопротеины низкой плотности, липопротеины высокой плотности, триглицериды, АлТ, АсТ)	Да/Нет
2.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня альбумина в моче и креатинина в плазме крови с оценкой соотношения альбумин/креатинин альбуминурию у детей, начиная с диагностики СД2	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина в крови	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови не реже 4 раз в неделю у детей на монотерапии метформином, не реже 6 раз в день на интенсифицированной схеме инсулинотерапии	Да/Нет
6.	Выполнено УЗИ органов брюшной полости	Да/Нет
7.	Проведена терапия препаратами бигуанидов или инсулинами и их аналогами или аналогами глюкагоноподобного пептида-1 (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведено обучение в школе диабета по структурированной программе	Да/Нет

3.4.9.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при сахарном диабете 2 типа у взрослых (коды по МКБ - 10: E11.2; E11.3; E11.4; E11.5; E11.6; E11.7; E11.8, E11.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (белок общий, кальций общий, общий холестерин, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды, билирубин, мочевины, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, калий, натрий) не реже 1 раза в год	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови не реже 1 раза в год	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи не реже 1 раза в год	Да/Нет
4.	Выполнен визуальный осмотр и пальпация мест инъекций и проверка техники инъекций инсулина не реже 1 раза в 6 месяцев	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы не реже 1 раза в год	Да/Нет
6.	Выполнено определение альбумина в утренней порции мочи или соотношения альбумина/креатинина в утренней порции мочи не реже 1 раза в год	Да/Нет
7.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации не реже 1 раза в год	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина в крови не реже 1 раза в 3 месяца	Да/Нет
9.	Выполнено комплексное обследование стоп (визуальный осмотр, оценка вибрационной, тактильной и температурной	Да/Нет

	чувствительности нижних конечностей, определение пульсации на артериях стоп) не реже 1 раза в год	
10.	Выполнено определение индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) и целевых значений гликемии натощак, через 2 часа после еды и на ночь не реже 1 раза в год	Да/Нет
11.	Даны рекомендации пациенту по самоконтролю гликемии с помощью глюкометра	Да/Нет
12.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога не реже 1 раза в год	Да/Нет
13.	Выполнена биомикроскопия глаза под мидриазом не реже 1 раза в год	Да/Нет
14.	Выполнено назначение гипогликемических препаратов, кроме инсулинов, и/или инсулинов и их аналогов и/или коррекция терапии гипогликемическими препаратами, кроме инсулинов, и/или инсулинами и их аналогами	Да/Нет
15.	Проведено обучение в школе для пациентов с сахарным диабетом	Да/Нет

3.4.9.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при сахарном диабете 2 типа у взрослых (коды по МКБ - 10: E11.2; E11.3; E11.4; E11.5; E11.6; E11.7; E11.8, E11.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (белок общий, кальций общий, общий холестерин, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды, билирубин, мочевина, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, калий, натрий) , если не выполнено амбулаторно в последние 12 месяцев	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови, если не выполнено амбулаторно в последние 12 месяцев	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи, если не выполнено амбулаторно в последние 12 месяцев	Да/Нет
4.	Выполнен визуальный осмотр и пальпация мест инъекций и проверка техники инъекций инсулина	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы, если не выполнено амбулаторно в последние 12 месяцев	Да/Нет
6.	Выполнено определение альбумина в утренней порции мочи или соотношения альбумина/креатинина в утренней порции мочи, если не выполнено амбулаторно в последние 12 месяцев	Да/Нет
7.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации, если не выполнено амбулаторно в последние 12 месяцев	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина в крови, если не выполнено амбулаторно за последние 3 месяца	Да/Нет
9.	Выполнено комплексное обследование стоп (визуальный осмотр, оценка вибрационной, тактильной и температурной чувствительности нижних конечностей, определение пульсации на артериях стоп), если не выполнено амбулаторно в последние 12 месяцев	Да/Нет
10.	Проведен выбор индивидуальных целей гликемического контроля (уровней гликированного гемоглобина (HbA1c) и гликемии натощак, через 2 часа после еды и на ночь)	Да/Нет
11.	Даны рекомендации пациенту по самоконтролю гликемии с помощью глюкометра	Да/Нет

12.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога если не выполнено амбулаторно в последние 12 месяцев	Да/Нет
13.	Выполнена биомикроскопия глаза под мидриазом если не выполнено амбулаторно в последние 12 месяцев	Да/Нет
14.	Проведена терапия гипогликемическими препаратами, кроме инсулинов, и/или инсулинами и их аналогами и/или коррекция терапии гипогликемическими препаратами, кроме инсулинов, и/или инсулинами и их аналогами	Да/Нет
15.	Проведено обучение в школе для пациентов с сахарным диабетом, если не было проведено за последние 3 года	Да/Нет

3.4.10.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при гипопаратиреозе (коды по МКБ - 10: E20.0, E20.8, E20.9, E89.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня паратиреоидного гормона в крови	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня общего кальция и альбумина в крови (с расчетом альбумин-скорректированного уровня кальция в крови)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня креатинина в крови	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня общего магния в сыворотке крови	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня неорганического фосфора в крови	Да/Нет
6.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации (по СКД-ЕРІ)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня кальция в моче (суточный анализ)	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование почек	Да/Нет
9.	Проведено обучение распознаванию симптомов гипо- и гиперкальциемии	Да/Нет

3.4.10.1. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гипопаратиреозе (коды по МКБ - 10: E20.0, E20.8, E20.9, E89.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня паратиреоидного гормона в крови	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня общего кальция и альбумина в крови (с расчетом альбумин-скорректированного уровня кальция в крови)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня креатинина в крови	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня общего магния в сыворотке крови	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня неорганического фосфора в крови	Да/Нет
6.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации (по СКД-ЕРІ)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня кальция в моче (суточный анализ)	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование почек	Да/Нет
9.	Проведено обучение распознаванию симптомов гипо- и гиперкальциемии	Да/Нет

3.4.11.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при первичном гиперпаратиреозе (коды по МКБ - 10: E21.0, E21.2, E21.3, E21.4, E21.5, D35.1, C75.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня общего кальция в крови	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня альбумина в крови (с расчетом альбумин скорректированного кальция)	Да/Нет

3.	Выполнено исследование уровня ионизированного кальция в крови	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня паратиреоидного гормона в крови	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня креатинина в крови	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня кальция в моче	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня креатинина в моче (суточный анализ, при удовлетворительной фильтрационной функции почек (СКФ>60 мл/мин/1,73м ²) с расчетом почечного клиренса кальция к клиренсу креатинина)	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня общего кальция в крови (2-4 раза в год)	Да/Нет
9.	Выполнено исследование уровня альбумина в крови (с расчетом альбумин скорректированного кальция) (2-4 раза в год)	Да/Нет
10.	Выполнено исследование уровня креатинина в крови (1 раз в 6 мес).	Да/Нет
11.	Выполнено исследование уровня кальция в моче (1 раз в 6 месяцев)	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня паратиреоидного гормона в крови (1 раз в 6 месяцев)	Да/Нет
13.	Выполнено ультразвуковое исследование почек (1 раз в 6 месяцев)	Да/Нет
14.	Рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника (в боковой проекции при подозрении на переломы тел позвонков (снижение в росте, появление болей в спине) -1 раз в год)	Да/Нет
15.	Выполнена рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника (при бессимптомном течении первичного гиперпаратиреоза и отсутствии показаний к хирургическому лечению - 1 раз в год)	Да/Нет
16.	Выполнена рентгеноденситометрия проксимального отдела бедренной кости (при бессимптомном течении первичного гиперпаратиреоза и отсутствии показаний к хирургическому лечению - 1 раз в год)	Да/Нет
17.	Выполнено ультразвуковое исследование почек или компьютерная томография почек и надпочечников	Да/Нет
18.	Выполнена рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника (в боковой проекции при потере роста на 4 см с молодости или потере роста на 2 см за последний год)	Да/Нет
19.	Выполнена рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника (при отсутствии медицинских противопоказаний для исследования)	Да/Нет
20.	Выполнена рентгеноденситометрия проксимального отдела бедренной кости	Да/Нет
21.	Выполнено ультразвуковое исследование паращитовидных желез (при наличии показаний к хирургическому вмешательству)	Да/Нет
22.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный (при наличии показаний к хирургическому вмешательству)	Да/Нет
23.	Выполнено назначение антирезорбтивной терапии препаратами, влияющими на структуру и минерализацию костей или цинакальцета (при гиперкальциемии и снижении потери костной массы при невозможности выполнения хирургического вмешательства, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.4.11.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при первичном гиперпаратиреозе (коды по МКБ - 10: E21.0, E21.2, E21.3, E21.4, E21.5, D35.1, C75.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Выполнено исследование уровня общего кальция в крови	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня альбумина в крови (с расчетом альбумин скорректированного кальция)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня ионизированного кальция в крови	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня паратиреоидного гормона в крови	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня креатинина в крови	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня кальция в моче	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня креатинина в моче (суточный анализ, при удовлетворительной фильтрационной функции почек (СКФ > 60 мл/мин/1,73м ²) с расчетом почечного клиренса кальция к клиренсу креатинина)	Да/Нет
8.		Да/Нет
9.	Выполнено исследование уровня общего кальция в крови (2-4 раза в год)	Да/Нет
10.	Выполнено исследование уровня альбумина в крови (с расчетом альбумин скорректированного кальция) (2-4 раза в год)	Да/Нет
11.	Выполнено исследование уровня креатинина в крови (1 раз в 6 мес).	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня кальция в моче (1 раз в 6 месяцев)	Да/Нет
13.	Выполнено исследование уровня паратиреоидного гормона в крови (1 раз в 6 месяцев)	Да/Нет
14.	Выполнено ультразвуковое исследование почек (1 раз в 6 месяцев)	Да/Нет
15.	Рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника (в боковой проекции при подозрении на переломы тел позвонков (снижение в росте, появление болей в спине) - 1 раз в год)	Да/Нет
16.	Выполнена рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника (при бессимптомном течении первичного гиперпаратиреоза и отсутствии показаний к хирургическому лечению - 1 раз в год)	Да/Нет
17.	Выполнена рентгеноденситометрия проксимального отдела бедренной кости (при бессимптомном течении первичного гиперпаратиреоза и отсутствии показаний к хирургическому лечению - 1 раз в год)	Да/Нет
18.	Выполнено ультразвуковое исследование почек или компьютерная томография почек и надпочечников	Да/Нет
19.	Выполнена рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника (в боковой проекции при потере роста на 4 см с молодости или потере роста на 2 см за последний год)	Да/Нет
20.	Выполнена рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника (при отсутствии медицинских противопоказаний для исследования)	Да/Нет
21.	Выполнена рентгеноденситометрия проксимального отдела бедренной кости	Да/Нет
22.	Выполнено ультразвуковое исследование паращитовидных желез (при наличии показаний к хирургическому вмешательству)	Да/Нет
23.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный (при наличии показаний к хирургическому вмешательству)	Да/Нет
24.	Проведена антирезорбтивная терапия препаратами, влияющими на структуру и минерализацию костей или цинакальцетом (при гиперкальциемии и снижении потери костной массы при невозможности выполнения хирургического вмешательства, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

акромегалии и гипофизарном гигантизме (коды по МКБ-10: E22.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня инсулиноподобного фактора роста 1 в сыворотке крови	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня соматотропного гормона в крови на 0, 30, 60, 90, 120 минутах от начала проведения орального глюкозотолерантного теста (при отсутствии превышения верхней границы нормы инсулиноподобного фактора роста 1 в сыворотке крови более чем в 1,5 раза и при отсутствии декомпенсированного сахарного диабета)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня соматотропного гормона в крови пятикратно каждые 30 минут (при отсутствии превышения верхней границы нормы инсулиноподобного фактора роста 1 в сыворотке крови более чем в 1,5 раза и при декомпенсированном сахарном диабете)	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга или компьютерная томография головного мозга	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови или исследование уровня гликированного гемоглобина в крови	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет

3.4.13. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при синдроме Иценко-Кушинга (коды по МКБ-10: E24)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено два из следующих исследований: определение уровня кортизола в слюне, малая проба с дексаметазоном, исследование уровня кортизола в моче, исследование уровня кортизола в крови	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови или исследование уровня гликированного гемоглобина в крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня адренокортикотропного гормона в крови	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга (при уровне адренокортикотропного гормона в крови равном или более 10 пг/мл)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография надпочечников или ультразвуковое исследование брюшинного пространства (при уровне адренокортикотропного гормона в крови меньше 10 пг/мл)	Да/Нет

3.4.14.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при первичной надпочечниковой недостаточности (коды по МКБ - 10: E27.1, E27.2, E27.3, E27.4, E35.1,

E89.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня общего кортизола в крови (утром пациентам с клиническими симптомами, подозрительными на надпочечниковую недостаточность)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня адренокортикотропного гормона в крови (утром пациентам с клиническими симптомами, подозрительными на надпочечниковую недостаточность)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня альдостерона в крови (утром пациентам с клиническими симптомами, подозрительными на надпочечниковую недостаточность)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня ренина в крови (утром пациентам с клиническими симптомами, подозрительными на надпочечниковую недостаточность)	Да/Нет
5.	Назначена терапия глюкокортикоидами (на этапе лечения, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Проведена терапия минералокортикоидами (на этапе лечения, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено обучение самоуходу пациентов с первичной надпочечниковой недостаточностью (распознаванию признаков неадекватной заместительной терапии, самостоятельной коррекции лечения в стрессовых ситуациях и при интеркуррентных заболеваниях, самостоятельному парентеральному введению глюкокортикоидов)	Да/Нет
8.	Проведена беседа о необходимости иметь идентификационную карточку (медицинский браслет или кулон) с указанием заболевания и необходимости введения глюкокортикоидов	Да/Нет
9.	Проведена беседа о необходимости иметь глюкокортикоиды в инъекционной форме для использования в ургентных ситуациях	Да/Нет
10.	Проведена коррекция заместительной терапии недостаточности глюкокортикоидов (при наличии признаков неадекватной терапии)	Да/Нет

3.4.14.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при первичной надпочечниковой недостаточности (коды по МКБ - 10: E27.1, E27.2, E27.3, E27.4, E35.1, E89.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня общего кортизола в крови (утром пациентам с клиническими симптомами, подозрительными на надпочечниковую недостаточность)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня адренокортикотропного гормона в крови (утром пациентам с клиническими симптомами, подозрительными на надпочечниковую недостаточность)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня альдостерона в крови (утром пациентам с клиническими симптомами, подозрительными на надпочечниковую недостаточность)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня ренина в крови (утром пациентам с клиническими симптомами, подозрительными на надпочечниковую недостаточность)	Да/Нет
5.	Выполнена проба с инсулином растворимым [человеческий генно-инженерный] ИЛИ глюкагоном (при несоответствии лабораторных тестов показателям: уровень кортизола менее 140 нмоль/л,	Да/Нет

	двукратное превышение верхнего референсного значения адренкортикотропного гормона, повышение уровня ренина в комбинации с низконормальным или сниженным уровнем альдостерона, при отсутствии медицинских противопоказаний; однократно за весь период заболевания)	
6.	Проведена терапия глюкокортикоидами (на этапе лечения, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Проведена терапия минералокортикоидами (на этапе лечения, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено обучение самоуходу пациентов с первичной надпочечниковой недостаточностью (распознаванию признаков неадекватной заместительной терапии, самостоятельной коррекции лечения в стрессовых ситуациях и при интеркуррентных заболеваниях, самостоятельному парентеральному введению глюкокортикоидов)	Да/Нет
9.	Проведена беседа о необходимости иметь идентификационную карточку (медицинский браслет или кулон) с указанием заболевания и необходимости введения глюкокортикоидов	Да/Нет
10.	Проведена беседа о необходимости иметь глюкокортикоиды в инъекционной форме для использования в urgentных ситуациях	Да/Нет
11.	Проведена коррекция заместительной терапии недостаточности глюкокортикоидов (при наличии признаков неадекватной терапии)	Да/Нет

3.4.15.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при врожденной дисфункции коры надпочечников (адреногенитальном синдроме) (коды по МКБ - 10: E25.0, E25.8, E25.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня андростендиона крови (при вирильной и сольтеряющей форме врожденной дисфункции коры надпочечников)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в крови (при вирильной и сольтеряющей форме врожденной дисфункции коры надпочечников)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня общего тестостерона в крови (при вирильной и сольтеряющей форме врожденной дисфункции коры надпочечников)	Да/Нет
4.	Выполнено определение уровня ренина в крови (при сольтеряющей форме врожденной дисфункции коры надпочечников)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография надпочечников или магнитно-резонансная томография надпочечников (при классической форме врожденной дисфункции коры надпочечников и недостижении целевых показателей андрогенов, эпизодах длительной декомпенсации в анамнезе у пациентов)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) (у пациентов женского пола)	Да/Нет
8.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза (при подозрении на наличие в яичниках образований из остаточной ткани надпочечников)	Да/Нет
9.	Выполнено назначение и/или коррекция дозы глюкокортикоидов (при классических формах) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

10.	Выполнено назначение и/или коррекция дозы минералокортикоидов (при сольтеряющей форме, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнена рентгеноденситометрия или ультразвуковая денситометрия (при установлении диагноза, при анамнестических данных о периодах передозировки глюкокортикоидов или аатравматических переломах в анамнезе)	Да/Нет

3.4.15.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при врожденной дисфункции коры надпочечников (адреногенитальном синдроме) (коды по МКБ - 10: E25.0, E25.8, E25.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня андростендиона крови (при вирильной и сольтеряющей форме врожденной дисфункции коры надпочечников)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в крови (при вирильной и сольтеряющей форме врожденной дисфункции коры надпочечников)	Да/Нет.
3.	Выполнено исследование уровня общего тестостерона в крови (при вирильной и сольтеряющей форме врожденной дисфункции коры надпочечников)	Да/Нет
4.	Выполнено определение уровня ренина в крови (при сольтеряющей форме врожденной дисфункции коры надпочечников)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография надпочечников или магнитно-резонансная томография надпочечников (при классической форме врожденной дисфункции коры надпочечников и недостижении целевых показателей андрогенов, эпизодах длительной декомпенсации в анамнезе у пациентов)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) (у пациентов женского пола)	Да/Нет
8.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза (при подозрении на наличие в яичниках образований из остаточной ткани надпочечников)	Да/Нет
9.	Проведена терапия и/или коррекция дозы глюкокортикоидов (при классических формах) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Проведена терапия и/или коррекция дозы минералокортикоидов (при сольтеряющей форме, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнена рентгеноденситометрия или ультразвуковая денситометрия (при установлении диагноза, при анамнестических данных о периодах передозировки глюкокортикоидов или аатравматических переломах в анамнезе)	Да/Нет

3.4.16.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при преждевременном половом развитии (коды по МКБ - 10: E30.1, E22.8, E28.1, E29.0, E31.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено измерение роста	Да/Нет

2.	Выполнена оценкой коэффициента стандартного отклонения роста	Да/Нет
3.	Выполнено составление заключения о физическом развитии (клиническая оценка полового развития на основании шкалы Таннер)	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография кисти (с последующим определением костного возраста, при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня лютеинизирующего гормона в сыворотке крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в крови (при преждевременном адrenaрхе, при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) (девочкам с преждевременным половым развитием, при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки (мальчикам с преждевременным половым развитием, при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование надпочечников или магнитно-резонансная томография надпочечников или спиральная компьютерная томография почек и надпочечников (детям с адrenaрхе и/или с повышенным уровнем дегидроэпиандростерона/дегидроэпиандростерона сульфата, при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Назначена терапия аналогами гонадотропин-рилизинг гормона пролонгированного действия (девочкам младше 6 лет и мальчикам младше 9 лет, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога (пациентам, получающим аналоги гонадотропин-рилизинг гормона пролонгированного действия, 1 раз в 6 - 12 месяцев)	Да/Нет
12.	Проведена коррекция терапии (детям с центральным преждевременным половым развитием, получающим лечение аналогом гонадотропин-рилизинг гормона пролонгированного действия, при выявлении неэффективности проводимого лечения)	Да/Нет

3.4.16.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при преждевременном половом развитии (коды по МКБ - 10: E30.1, E22.8, E28.1, E29.0, E31.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено измерение роста	Да/Нет
2.	Выполнена оценкой коэффициента стандартного отклонения роста	Да/Нет
3.	Выполнено составление заключения о физическом развитии (клиническая оценка полового развития на основании шкалы Таннер)	Да/Нет

4.	Выполнена рентгенография кисти (с последующим определением костного возраста, при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня лютеинизирующего гормона в сыворотке крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в крови (при преждевременном адренархе, при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга (мальчикам с гонадотропин-зависимым преждевременным половым развитием и девочкам с гонадотропин-зависимым преждевременным половым развитием младше 6 лет, при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) (девочкам с преждевременным половым развитием, при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки (мальчикам с преждевременным половым развитием, при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнено ультразвуковое исследование надпочечников или магнитно-резонансная томография надпочечников или спиральная компьютерная томография почек и надпочечников (детям с адренархе и/или с повышенным уровнем дегидроэпиандростерона/дегидроэпиандростерона сульфата, при установлении диагноза)	Да/Нет
11.	Проведена терапия аналогами гонадотропин-рилизинг гормона пролонгированного действия (девочкам младше 6 лет и мальчикам младше 9 лет, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога (пациентам, получающим аналоги гонадотропин-рилизинг гормона пролонгированного действия, 1 раз в 6 - 12 месяцев)	Да/Нет
13.	Проведена коррекция терапии (детям с центральным преждевременным половым развитием, получающим лечение аналогом гонадотропин-рилизинг гормона пролонгированного действия, при выявлении неэффективности проводимого лечения)	Да/Нет

3.4.17.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при недостаточности питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста (коды по МКБ - 10: E43, E44, E46)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен подбор препаратов специализированного лечебного питания и даны рекомендации по контролю питания	Да/Нет
2.	У пациента пожилого/старческого возраста с недостаточностью питания выбран путь введения макро- и микронутриентов	Да/Нет
3.	Выполнен расчет суточной энергетической потребности пациента с учетом массы тела и физической активности	Да/Нет
4.	Выполнено определение фенотипических и этиологических критериев недостаточности питания и установлен диагноз белково-	Да/Нет

	энергетической недостаточности или обосновано ее отсутствие (у пациента пожилого/старческого возраста с риском недостаточности питания)	
5.	Выполнена оценка пищевого статуса пациента и при наличии белково-энергетической недостаточности установлена степень тяжести недостаточности питания (у пациента пожилого/старческого возраста с риском недостаточности питания)	Да/Нет
6.	У пациента пожилого/старческого возраста с риском недостаточности питания/недостаточностью питания составлен индивидуальный план нутритивной поддержки и гидратационной терапии	Да/Нет

3.4.17.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при недостаточности питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста (коды по МКБ - 10: E43, E44, E46)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен подбор препаратов специализированного лечебного питания и даны рекомендации по контролю питания	Да/Нет
2.	Выполнен скрининг недостаточности питания одним из рекомендованных инструментов (MUST, MNA, NRS 2002) у пациента пожилого/старческого возраста	Да/Нет
3.	У пациента пожилого/старческого возраста с недостаточностью питания выбран путь введения макро- и микронутриентов	Да/Нет
4.	Выполнен расчет суточной энергетической потребности пациента с учетом массы тела и физической активности	Да/Нет
5.	Выполнено определение фенотипических и этиологических критериев недостаточности питания и установлен диагноз белково-энергетической недостаточности или обосновано ее отсутствие (у пациента пожилого/старческого возраста с риском недостаточности питания)	Да/Нет
6.	Выполнена оценка пищевого статуса пациента и при наличии белково-энергетической недостаточности и установлена степень тяжести недостаточности питания (у пациента пожилого/старческого возраста с риском недостаточности питания)	Да/Нет
7.	Составлен индивидуальный план нутритивной поддержки и гидратационной терапии (у пациента пожилого/старческого возраста с риском недостаточности питания или недостаточностью питания)	Да/Нет

3.4.18.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при ожирении (коды по МКБ - 10: E66.0, E66.1, E66.2, E66.8, E66.9, E67.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено измерение роста	Да/Нет
2.	Выполнено измерение массы тела с вычислением коэффициента стандартного отклонения индекса массы тела	Да/Нет
3.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях	Да/Нет
4.	Выполнена клиническая оценка полового развития с использованием шкалы Таннер	Да/Нет

5.	Выполнена оценка состояния кожных покровов, наличия и характер стрий, акантоза, андрогензависимой дерматитии	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический (исследование уровней общего холестерина, холестерина липопротеинов низкой плотности, холестерина липопротеинов высокой плотности, триглицеридов)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови и/или проведение глюкозотолерантного теста	Да/Нет
9.	Выполнена оценка фактического питания с использованием метода 24-часового (суточного) воспроизведения питания	Да/Нет
10.	Проведено консультирование по вопросам рационализации питания и физической активности (пациента и/или родителя)	Да/Нет

3.4.18.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при ожирении (коды по МКБ - 10: E66.0, E66.1, E66.2, E66.8, E66.9, E67.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено измерение роста	Да/Нет
2.	Выполнено измерение массы тела с вычислением коэффициента стандартного отклонения индекса массы тела	Да/Нет
3.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях	Да/Нет
4.	Выполнена клиническая оценка полового развития с использованием шкалы Таннер	Да/Нет
5.	Выполнена оценка состояния кожных покровов, наличия и характер стрий, акантоза, андрогензависимой дерматитии	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический (исследование уровней общего холестерина, холестерина липопротеинов низкой плотности, холестерина липопротеинов высокой плотности, триглицеридов)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови и/или проведение глюкозотолерантного теста	Да/Нет
9.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга (при подозрении на гипоталамическое ожирение)	Да/Нет
10.	Выполнена оценка фактического питания с использованием метода 24-часового (суточного) воспроизведения питания	Да/Нет
11.	Проведено консультирование по вопросам рационализации питания и физической активности (пациента и/или родителя)	Да/Нет

3.4.19.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при ожирении (коды по МКБ - 10: E66.0, E66.1, E66.2, E66.8, E66.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб в эндокринологии	Да/Нет
2.	Выполнен расчет суточной энергетической ценности с учетом физиологической массы тела и физических нагрузок	Да/Нет
3.	Выполнено визуальное исследование в эндокринологии	Да/Нет
4.	Выполнено измерение антропометрических показателей: масса тела, рост, окружность талии, расчет индекса массы тела (ИМТ)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование пульса	Да/Нет
6.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях	Да/Нет
7.	Выполнено измерение массы тела	Да/Нет
8.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, холестерин общий, холестерин липопротеинов высокой плотности, холестерин липопротеинов низкой плотности, триглицериды, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, мочевая кислота)	Да/Нет
9.	Выполнен глюкозотолерантный тест с исследованием уровня глюкозы в крови и исследование уровня глюкозы в крови через 2 часа после нагрузки и/или исследование уровня гликированного гемоглобина крови	Да/Нет
10.	Выполнена регистрация электрокардиограммы или эхокардиография	Да/Нет
11.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня пролактина в крови	Да/Нет
13.	Выполнено исследование уровня свободного кортизола в моче (суточный анализ) и/или исследование уровня свободного кортизола в слюне или ночной подавляющий тест с 1 мг дексаметазона	Да/Нет
14.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
15.	Выполнено назначение терапии орлистатом или сибутрамином или метформин+сибутрамином или лираглутидом (при ИМТ ≥ 30 кг/м ² или при ИМТ ≥ 27 кг/м ² при наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16.	Проведено терапевтическое обучение пациента с расчетом индивидуальной калорийности рациона питания	Да/Нет

3.4.19.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ожирении (коды по МКБ - 10: E66.0, E66.1, E66.2, E66.8, E66.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб в эндокринологии	Да/Нет
2.	Выполнен расчет суточной энергетической ценности с учетом физиологической массы тела и физических нагрузок	Да/Нет
3.	Выполнено визуальное исследование в эндокринологии	Да/Нет
4.	Выполнено измерение антропометрических показателей: масса тела, рост, окружность талии, расчет индекса массы тела (ИМТ)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование пульса	Да/Нет

6.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях	Да/Нет
7.	Выполнено измерение массы тела	Да/Нет
8.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, холестерин общий, холестерин липопротеинов высокой плотности, холестерин липопротеинов низкой плотности, триглицериды, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, мочевиная кислота)	Да/Нет
9.	Выполнен глюкозотолерантный тест с исследованием уровня глюкозы в крови и исследование уровня глюкозы в крови через 2 часа после нагрузки и/или исследование уровня гликированного гемоглобина крови	Да/Нет
10.	Выполнена регистрация электрокардиограммы или эхокардиография	Да/Нет
11.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня пролактина в крови	Да/Нет
13.	Выполнено исследование уровня свободного кортизола в моче (суточный анализ) и/или исследование уровня свободного кортизола в слюне или ночной подавляющий тест с 1 мг дексаметазона	Да/Нет
14.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
15.	Проведена терапия орлистатом или сибутрамином или метформин+сибутрамин или лираглутидом (при ИМТ ≥ 30 кг/м ² или при ИМТ ≥ 27 кг/м ² при наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16.	Проведено терапевтическое обучение пациента с расчетом индивидуальной калорийности рациона питания	Да/Нет

3.4.20.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при классической фенилкетонурии и других видах гиперфенилаланинемии (коды по МКБ - 10: E70.0, E70.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Проведен неонатальный скрининг (определено содержание фенилаланина)	Да/Нет
2.	Выполнено определение уровня фенилаланина в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Проведена первичная консультация врача-генетика пациентам с гиперфенилаланинемией на момент установления диагноза	Да/Нет
4.	Проведено молекулярно-генетическое исследование мутаций в генах PAH, PTS, QDPR, GCH1, PCBD, SPR, DNAJC12 в крови для уточнения формы заболевания (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза и если не проводилась в предшествующие 12 месяцев)	Да/Нет
6.	Выполнено комплексное ультразвуковое исследование внутренних органов (при установлении диагноза и далее не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (содержание гемоглобина, количество эритроцитов, цветовой показатель, количество лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарная формула и скорость оседания эритроцитов) на этапе диагностики и далее не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет

8.	Проведен биохимический анализа крови общетерапевтический (содержание глюкозы, общего белка, белковых фракций, общего билирубина, холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой и высокой плотности, щелочной фосфатазы, креатинина, мочевины, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), кальция общего и ионизированного, натрия, калия, неорганического фосфора, железа, ферритина) на этапе диагностики и далее не реже 1 раза в год	Да/Нет
9.	Проведен нагрузочный тест с сапроптерином (в течение не менее 48-часов) пациентам старше года с мутациями в гене PАН, которые ассоциированы с чувствительностью к ВН4	Да/Нет
10.	Проведен прием (осмотр, консультация) врача-невролога пациентам с гиперфенилаланинемией по показаниям для своевременного выявления или мониторинга неврологических изменений	Да/Нет
11.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра пациентам с установленным диагнозом гиперфенилаланинемия (при наличии психических нарушений)	Да/Нет
12.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика повторный пациентам с частотой, соответствующей возрасту пациента (в возрасте до 1 года не реже 1 раза в месяц, с 1 года – не реже 1 раза в 3 месяца, у беременных – не чаще 1 раза в месяц)	Да/Нет
13.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика повторный пациентам старше 18 лет с установленным диагнозом гиперфенилаланинемия с целью обсуждения предгравидарной подготовки перед планированием беременности, обсуждение вопроса о необходимости проведения ДНК-тестирования партнеру	Да/Нет
14.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный пациентам с гиперфенилаланинемией по показаниям с целью коррекции выявленных неврологических изменений и определения дальнейшей тактики лечения	Да/Нет
15.	Выполнена тандемная масс-спектрометрия (пациентам с гиперфенилаланинемией с целью определения соотношения фенилаланина/тирозина не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
16.	Выполнена электроэнцефалография (пациентам со всеми формами гиперфенилаланинемии при наличии неврологической симптоматики, а при стабильном течении-1 раз в год)	Да/Нет
17.	Выполнено исследование уровня фенилаланина в крови (беременным с гиперфенилаланинемией на фоне диетотерапии не реже 1 раза в 7 дней в I триместре и не реже 1 раза в 2 недели во II и III триместрах)	Да/Нет
18.	Выполнено определение уровня фенилаланина в крови (при назначении диетотерапии)	Да/Нет
19.	Выполнено ультразвуковое исследование плода (женщинам с гиперфенилаланинемией с целью исключения врожденных аномалий развития плода на сроке 15-16 недель беременности)	Да/Нет
20.	Выполнено ультразвуковое исследование плода (женщинам с гиперфенилаланинемией с целью исключения врожденных аномалий развития плода на сроке 25-26 недель беременности)	Да/Нет
21.	Выполнены расчеты питания, исходя из норм физиологической потребности в основных нутриентах	Да/Нет
22.	Проведено исследование уровня глюкозы и гликированного гемоглобина в крови беременным женщинам с гиперфенилаланинемией	Да/Нет

23.	Выполнено назначение диетотерапии пациентам с концентрацией фенилаланина в крови ≥ 360 мкмоль/л (до 30 дня жизни ребенка)	Да/Нет
24.	Выполнено назначение дофаминергических средств, предшественников серотонина (в комплексном лечении пациентов с ВН4 – дефицитной гиперфенилаланинемией (при отсутствии медицинских противопоказаний))	Да/Нет
25.	Назначен сапроптерин пациентам с ВН4-дефицитной гиперфенилаланинемией при отсутствии медицинских противопоказаний	Да/Нет
26.	Назначен сапроптерин пациентам с ФАГ-дефицитной гиперфенилаланинемией, чувствительной к сапроптерину при отсутствии медицинских противопоказаний	Да/Нет
27.	Назначены низкобелковые продукты питания	Да/Нет
28.	Назначены специализированные продукты лечебного питания (аминокислотные смеси без фенилаланина)	Да/Нет
29.	Проведен мониторинг уровня фенилаланина всем пациентам с гиперфенилаланинемией на фоне диетотерапии (в возрасте до 3-х месяцев - 1 раз в неделю (до получения результатов в пределах от 120 до 360 мкмоль/л и далее 1 раз в 10 дней; с 1 года до 6 лет – не реже 1-2 раза в месяц; с 7 лет и старше - не реже 1 раза в 3 месяца)	Да/Нет
30.	Проведена коррекция диетотерапии для достижения целевых уровней фенилаланина (уровень фенилаланина ≤ 360 ммоль/л)	Да/Нет

3.4.20.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при классической фенилкетонурии и другие виды гиперфенилаланинемии (коды по МКБ - 10: E70.0, E70.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение уровня фенилаланина в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Проведена первичная консультация врача-генетика пациентам с гиперфенилаланинемией на момент установления диагноза	Да/Нет
3.	Выполнено молекулярно-генетическое тестирование для уточнения формы заболевания	Да/Нет
4.	Выполнено комплексное ультразвуковое исследование внутренних органов (при установлении диагноза и далее не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
5.	Проведен биохимический анализа крови общетерапевтический (содержание глюкозы, общего белка, белковых фракций, общего билирубина, холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой и высокой плотности, щелочной фосфатазы, креатинина, мочевины, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспаратаминотрансферазы (АСТ), кальция общего и ионизированного, натрия, калия, неорганического фосфора, железа, ферритина) на этапе диагностики и далее не реже 1 раза в год	Да/Нет
6.	Проведен нагрузочный тест с сапроптерином (в течение не менее 48 часов) пациентам старше года с мутациями в гене PAH, которые ассоциированы с чувствительностью к ВН4	Да/Нет
7.	Выполнена тандемная масс-спектрометрия (пациентам с гиперфенилаланинемией с целью определения соотношения фенилаланина/тирозина не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
8.	Выполнена электроэнцефалография (пациентам со всеми формами гиперфенилаланинемии при наличии неврологической симптоматики, а при стабильном течении - 1 раз в год)	Да/Нет

9.	Выполнено определение уровня фенилаланина в крови (при назначении диетотерапии)	Да/Нет
10.	Выполнено назначение диетотерапии до 30 дня жизни ребенка пациентам с концентрацией фенилаланина в крови ≥ 360 мкмоль/л	Да/Нет
11.	Выполнено назначение дофаминергических средств, предшественников серотонина (в комплексном лечении пациентов с ВН4-дефицитной гиперфенилаланинемией (при отсутствии медицинских противопоказаний))	Да/Нет
12.	Выполнено ультразвуковое исследование плода (женщинам с гиперфенилаланинемией при беременности с целью исключения врожденных аномалий развития плода на сроке 15-16 недель беременности)	Да/Нет
13.	Выполнено ультразвуковое исследование плода (женщинам с гиперфенилаланинемией с целью исключения врожденных аномалий развития плода на сроке 25-26 недель беременности)	Да/Нет
14.	Выполнены расчеты питания, исходя из норм физиологической потребности в основных нутриентах	Да/Нет
15.	Назначен сапроптерин пациентам с ВН4-дефицитной гиперфенилаланинемией при отсутствии медицинских противопоказаний	Да/Нет
16.	Назначен сапроптерин пациентам с ФАГ-дефицитной гиперфенилаланинемией, чувствительной к сапроптерину при отсутствии медицинских противопоказаний	Да/Нет
17.	Назначены низкобелковые продукты питания	Да/Нет
18.	Проведен мониторинг уровня фенилаланина всем пациентам с гиперфенилаланинемией на фоне диетотерапии (в возрасте до 3-х месяцев - 1 раз в неделю (до получения результатов в пределах от 120 до 360 мкмоль/л и далее 1 раз в 10 дней; с 1 года до 6 лет - не реже 1-2 раза в месяц; с 7 лет и старше - не реже 1 раза в 3 месяца) - если не выполнен в амбулаторных условиях	Да/Нет
19.	Выполнено исследование уровня фенилаланина в крови (беременным с гиперфенилаланинемией на фоне диетотерапии не реже 1 раза в 7 дней в I триместре и не реже 1 раза в 2 недели во II и III триместрах)	Да/Нет

3.4.21.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при наследственной тирозинемии 1 типа (коды по МКБ - 10: E70.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови методом tandemной масс-спектрометрии (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови методом tandemной масс-спектрометрии (на этапе лечения не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
3.	Выполнено определение содержания сукцинилацетона в крови и/или моче (первые 6 месяцев лечения - 1 раз в месяц, далее 1 раз в 6 месяцев)	Да/Нет
4.	Выполнено определение содержания альфа-фетопротеина в крови (первые 6 месяцев лечения - 1 раз в месяц; далее 1 раз в 6 месяцев)	Да/Нет

5.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене FAN (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование печени (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование печени (не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
8.	Выполнена эластометрия печени (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнена эластометрия печени (на этапе лечения не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
10.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
11.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (на этапе лечения не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
12.	Выполнена магнитно-резонансная холангиопанкреатография (при установлении диагноза)	Да/Нет
13.	Выполнена магнитно-резонансная холангиопанкреатография (на этапе лечения не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
14.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
15.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга (трансплантолога) (при циррозе печени)	Да/Нет
16.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога (при установлении диагноза)	Да/Нет
17.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога повторный (на этапе лечения не реже 1 раза в 6 месяцев)	Да/Нет
18.	Выполнено назначение нитизинона (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
19.	Выполнено назначение диетического питания с низким содержанием белка с использованием специализированных продуктов (без фенилаланина и тирозина)	Да/Нет

3.4.21.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при наследственной тирозинемии 1 типа (коды по МКБ - 10: E70.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови методом тандемной масс-спектрометрии (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови методом тандемной масс-спектрометрии (на этапе лечения не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет

3.	Выполнено определение содержания сукцинилацетона в крови и/или моче (первые 6 месяцев лечения – 1 раз в месяц, далее 1 раз в 6 месяцев)	Да/Нет
4.	Выполнено определение содержания альфа-фетопротеина в крови (первые 6 месяцев лечения – 1 раз в месяц; далее 1 раз в 6 месяцев)	Да/Нет
5.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене FAN (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование печени (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование печени (не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
8.	Выполнена эластометрия печени (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнена эластометрия печени (на этапе лечения не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
10.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
11.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (на этапе лечения не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
12.	Выполнена магнитно-резонансная холангиопанкреатография (при установлении диагноза)	Да/Нет
13.	Выполнена магнитно-резонансная холангиопанкреатография (на этапе лечения не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
14.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
15.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга (трансплантолога) (при циррозе печени)	Да/Нет
16.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
17.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога повторный (на этапе лечения не реже 1 раза в 6 месяцев)	Да/Нет
18.	Проведена терапия нитизиномом (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
19.	Выполнено назначение диетического питания с низким содержанием белка с использованием специализированных продуктов (без фенилаланина и тирозина)	Да/Нет

3.4.22.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при болезни «кленового сиропа» (коды по МКБ - 10: E71.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови методом tandemной масс-спектрометрии (при установлении диагноза и далее не реже 1 раза в 6 месяцев)	Да/Нет
2.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови методом tandemной масс-спектрометрии (на этапе лечения не реже 1 раза в 6 месяцев)	Да/Нет
3.	Выполнено комплексное определение содержания органических кислот в моче (при установлении диагноза и далее не реже 1 раза в год)	Да/Нет
4.	Выполнено комплексное определение содержания органических кислот в моче (на этапе лечения не реже 1 раза в год)	Да/Нет
5.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в генах (BCKDHA, BCKDHB, DBT и DLD) (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (на этапе лечения не реже 1 раза в год)	Да/Нет
9.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-диетолога первичный (с частотой 1 раз в месяц на 1 году жизни, с частотой 1 раз в 3 месяца и по показаниям до 3 лет, далее с частотой 1 раз в 6 месяцев после 3 лет)	Да/Нет
10.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга и/или компьютерная томография головного мозга (при установлении диагноза и при подозрении на метаболический криз)	Да/Нет
11.	Назначено диетическое питание с ограничением аминокислот: лейцина, изолейцина, валина	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня водородных ионов (pH) крови (при установлении диагноза, при подозрении на метаболический криз и в период метаболического криза)	Да/Нет
13.	Выполнено исследование уровня буферных веществ в крови (при установлении диагноза, при подозрении на метаболический криз и в период метаболического криза)	Да/Нет
14.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови (при установлении диагноза, при подозрении на метаболический криз и в период метаболического криза)	Да/Нет

15.	Выполнено исследование уровня молочной кислоты в крови (при установлении диагноза, при подозрении на метаболический криз и в период метаболического криза)	Да/Нет
16.	Выполнено исследование уровня натрия в крови (при установлении диагноза, при подозрении на метаболический криз и в период метаболического криза)	Да/Нет
17.	Выполнено исследование уровня аммиака в крови (при установлении диагноза, при подозрении на метаболический криз и в период метаболического криза)	Да/Нет
18.	Выполнено обнаружение кетоновых тел в моче экспресс-методом (при установлении диагноза, при подозрении на метаболический криз и в период метаболического криза)	Да/Нет

3.4.22.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при болезни «кленового сиропа» (коды по МКБ - 10: E71.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови методом тандемной масс-спектрометрии (при установлении диагноза и далее не реже 1 раза в 6 месяцев)	Да/Нет
2.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови методом тандемной масс-спектрометрии (на этапе лечения не реже 1 раза в 6 месяцев)	Да/Нет
3.	Выполнено комплексное определение содержания органических кислот в моче (при установлении диагноза и далее не реже 1 раза в год)	Да/Нет
4.	Выполнено комплексное определение содержания органических кислот в моче (на этапе лечения не реже 1 раза в год)	Да/Нет
5.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в генах (BCKDHA, BCKDHB, DBT и DLD) (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога (на этапе лечения не реже 1 раза в год)	Да/Нет
9.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-диетолога первичный (с частотой 1 раз в месяц на 1 году жизни, с частотой 1 раз в 3 месяца и по показаниям до 3 лет, далее с частотой 1 раз в 6 месяцев после 3 лет)	Да/Нет

10.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга и/или компьютерная томография головного мозга (при установлении диагноза и при подозрении на метаболический криз)	Да/Нет
11.	Назначено диетическое питание с ограничением аминокислот: лейцина, изолейцина, валина	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня водородных ионов (рН) крови (при установлении диагноза, при подозрении на метаболический криз и в период метаболического криза)	Да/Нет
13.	Выполнено исследование уровня буферных веществ в крови (при установлении диагноза, при подозрении на метаболический криз и в период метаболического криза)	Да/Нет
14.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови (при установлении диагноза, при подозрении на метаболический криз и в период метаболического криза)	Да/Нет
15.	Выполнено исследование уровня молочной кислоты в крови (при установлении диагноза, при подозрении на метаболический криз и в период метаболического криза)	Да/Нет
16.	Выполнено исследование уровня натрия в крови (при установлении диагноза, при подозрении на метаболический криз и в период метаболического криза)	Да/Нет
17.	Выполнено исследование уровня аммиака в крови (при установлении диагноза, при подозрении на метаболический криз и в период метаболического криза)	Да/Нет
18.	Выполнено обнаружение кетоновых тел в моче экспресс-методом (при установлении диагноза, при подозрении на метаболический криз и в период метаболического криза)	Да/Нет

3.4.23.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при других видах нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью (Пропионовая ацидемия /ацидурия) (коды по МКБ - 10: E71.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено комплексное определение концентрации аминокислоты и ацилкарнитины в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено комплексное определение концентрации аминокислоты и ацилкарнитины в крови методом тандемной масс-спектрометрии (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в генах PCCA, PCCB (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено назначение диетического питания (при установленном диагнозе пропионовая ацидемия /ацидурия)	Да/Нет

6.	Выполнено назначение левокарнитина (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Проведена коррекция диетотерапии и интенсивной терапии (не реже, чем 1 раз в год, при метаболическом кризе)	Да/Нет

3.4.23.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при других видах нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью (Пропионовая ацидемия ацидурия) (коды по МКБ - 10: E71.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено комплексное определение концентрации аминокислоты и ацилкарнитины в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено комплексное определение концентрации аминокислоты и ацилкарнитины в крови методом тандемной масс-спектрометрии (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в генах РССА, РССВ (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено назначение диетического питания (при установленном диагнозе пропионовая ацидемия /ацидурия)	Да/Нет
6.	Проведена терапия левокарнитином (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Проведена коррекция диетотерапии и интенсивной терапии (не реже, чем 1 раз в год, при метаболическом кризе)	Да/Нет

3.4.24.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при изовалериановой ацидемии/ ацидурии (коды по МКБ - 10: E71.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови методом тандемной масс-спектрометрии (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови методом тандемной масс-спектрометрии (на этапе лечения не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
3.	Выполнено комплексное определение содержания органических кислот в моче (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено комплексное определение содержания органических кислот в моче (на этапе лечения не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет

6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене IVD (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (на этапе лечения не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
10.	Выполнено исследование уровня водородных ионов (рН) крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
11.	Выполнено исследование уровня водородных ионов (рН) крови (не реже 1 раза в 6-12 месяцев, в период метаболического криза ежедневно)	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня буферных веществ в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
13.	Выполнено исследование уровня буферных веществ в крови (на этапе лечения не реже 1 раза в 6-12 месяцев, в период метаболического криза ежедневно)	Да/Нет
14.	Выполнено исследование уровня натрия в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
15.	Выполнено исследование уровня натрия в крови (на этапе лечения не реже 1 раза в 6-12 месяцев, в период метаболического криза ежедневно)	Да/Нет
16.	Выполнено исследование уровня калия в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
17.	Выполнено исследование уровня калия в крови (на этапе лечения не реже 1 раза в 6-12 месяцев, в период метаболического криза ежедневно)	Да/Нет
18.	Выполнено исследование уровня хлоридов в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
19.	Выполнено исследование уровня хлоридов в крови (на этапе лечения не реже 1 раза в 6-12 месяцев, в период метаболического криза ежедневно)	Да/Нет
20.	Выполнено исследование уровня аммиака в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
21.	Выполнено исследование уровня аммиака в крови (на этапе лечения не реже 1 раза в 6-12 месяцев, в период метаболического криза ежедневно)	Да/Нет
22.	Выполнено исследование уровня молочной кислоты в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
23.	Выполнено исследование уровня молочной кислоты в крови (на этапе лечения не реже 1 раза в 6-12 месяцев, в период метаболического криза ежедневно)	Да/Нет

24.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
25.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови (на этапе лечения не реже 1 раза в 6-12 месяцев, в период метаболического криза ежедневно)	Да/Нет
26.	Выполнено обнаружение кетоновых тел в моче (при установлении диагноза)	Да/Нет
27.	Выполнено обнаружение кетоновых тел в моче (на этапе лечения не реже 1 раза в 6-12 месяцев, в период метаболического криза ежедневно)	Да/Нет
28.	Выполнено обнаружение кетоновых тел в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
29.	Выполнено обнаружение кетоновых тел в крови (на этапе лечения не реже 1 раза в 6-12 месяцев, в период метаболического криза ежедневно)	Да/Нет
30.	Выполнено исследование уровня общего белка в крови (при установлении диагноза, далее каждые 6 месяцев пациентам до 6 лет; каждые 6 или 12 месяцев пациентам старше 6 лет; в период инфекционных заболеваний и/или при угрозе метаболического криза не реже 1 раза в 7-10 дней)	Да/Нет
31.	Выполнено исследование уровня альбумина в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
32.	Выполнено исследование уровня альбумина в крови (на этапе лечения каждые 6 месяцев пациентам до 6 лет; каждые 6 или 12 месяцев пациентам старше 6 лет; в период инфекционных заболеваний и/или при угрозе метаболического криза не реже 1 раза в 7-10 дней)	Да/Нет
33.	Выполнено исследование уровня железа сыворотки крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
34.	Выполнено исследование уровня ферритина в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
35.	Выполнено исследование железосвязывающей способности сыворотки (при установлении диагноза)	Да/Нет
36.	Выполнено исследование уровня железа сыворотки крови (на этапе лечения каждые 6 месяцев пациентам до 6 лет; каждые 6 или 12 месяцев пациентам старше 6 лет; в период инфекционных заболеваний и/или при угрозе метаболического криза не реже 1 раза в 7-10 дней)	Да/Нет
37.	Выполнено исследование уровня ферритина в крови (на этапе лечения каждые 6 месяцев пациентам до 6 лет; каждые 6 или 12 месяцев пациентам старше 6 лет; в период инфекционных заболеваний и/или при угрозе метаболического криза не реже 1 раза в 7-10 дней)	Да/Нет
38.	Выполнено исследование железосвязывающей способности сыворотки (на этапе лечения каждые 6 месяцев пациентам до 6 лет; каждые 6 или 12 месяцев пациентам старше 6 лет; в период	Да/Нет

	инфекционных заболеваний и/или при угрозе метаболического криза не реже 1 раза в 7-10 дней)	
39.	Проведен контроль нутритивного статуса с коррекцией диеты (на этапе лечения, коррекция в период метаболического криза – ежедневно, у детей первого года жизни - не реже 1 раза в месяц, у пациентов старше 1 года– 1 раз в 3 месяца)	Да/Нет
40.	Выполнено назначение левокарнитина (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
41.	Выполнено назначение глицина (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.4.23.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при изовалериановой ацидемии/ ацидурии (коды по МКБ - 10: E71.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови методом тандемной масс-спектрометрии (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови методом тандемной масс-спектрометрии (на этапе лечения не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
3.	Выполнено комплексное определение содержания органических кислот в моче (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено комплексное определение содержания органических кислот в моче (на этапе лечения не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене IVD (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (на этапе лечения не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
10.	Выполнено исследование уровня водородных ионов (pH) крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
11.	Выполнено исследование уровня водородных ионов (pH) крови (не реже 1 раза в 6-12 месяцев, в период метаболического криза ежедневно)	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня буферных веществ в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет

13.	Выполнено исследование уровня буферных веществ в крови (на этапе лечения не реже 1 раза в 6-12 месяцев, в период метаболического криза ежедневно)	Да/Нет
14.	Выполнено исследование уровня натрия в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
15.	Выполнено исследование уровня натрия в крови (на этапе лечения не реже 1 раза в 6-12 месяцев, в период метаболического криза ежедневно)	Да/Нет
16.	Выполнено исследование уровня калия в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
17.	Выполнено исследование уровня калия в крови (на этапе лечения не реже 1 раза в 6-12 месяцев, в период метаболического криза ежедневно)	Да/Нет
18.	Выполнено исследование уровня хлоридов в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
19.	Выполнено исследование уровня хлоридов в крови (на этапе лечения не реже 1 раза в 6-12 месяцев, в период метаболического криза ежедневно)	Да/Нет
20.	Выполнено исследование уровня аммиака в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
21.	Выполнено исследование уровня аммиака в крови (на этапе лечения не реже 1 раза в 6-12 месяцев, в период метаболического криза ежедневно)	Да/Нет
22.	Выполнено исследование уровня молочной кислоты в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
23.	Выполнено исследование уровня молочной кислоты в крови (на этапе лечения не реже 1 раза в 6-12 месяцев, в период метаболического криза ежедневно)	Да/Нет
24.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
25.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови (на этапе лечения не реже 1 раза в 6-12 месяцев, в период метаболического криза ежедневно)	Да/Нет
26.	Выполнено обнаружение кетоновых тел в моче (при установлении диагноза)	Да/Нет
27.	Выполнено обнаружение кетоновых тел в моче (на этапе лечения не реже 1 раза в 6-12 месяцев, в период метаболического криза ежедневно)	Да/Нет
28.	Выполнено обнаружение кетоновых тел в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
29.	Выполнено обнаружение кетоновых тел в крови (на этапе лечения не не реже 1 раза в 6-12 месяцев, в период метаболического криза ежедневно)	Да/Нет

30.	Выполнено исследование уровня общего белка в крови (при установлении диагноза, далее каждые 6 месяцев пациентам до 6 лет; каждые 6 или 12 месяцев пациентам старше 6 лет; в период инфекционных заболеваний и/или при угрозе метаболического криза не реже 1 раза в 7-10 дней)	Да/Нет
31.	Выполнено исследование уровня альбумина в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
32.	Выполнено исследование уровня альбумина в крови (на этапе лечения каждые 6 месяцев пациентам до 6 лет; каждые 6 или 12 месяцев пациентам старше 6 лет; в период инфекционных заболеваний и/или при угрозе метаболического криза не реже 1 раза в 7-10 дней)	Да/Нет
33.	Выполнено исследование уровня железа сыворотки крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
34.	Выполнено исследование уровня ферритина в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
35.	Выполнено исследование железосвязывающей способности сыворотки (при установлении диагноза)	Да/Нет
36.	Выполнено исследование уровня железа сыворотки крови (на этапе лечения каждые 6 месяцев пациентам до 6 лет; каждые 6 или 12 месяцев пациентам старше 6 лет; в период инфекционных заболеваний и/или при угрозе метаболического криза не реже 1 раза в 7-10 дней)	Да/Нет
37.	Выполнено исследование уровня ферритина в крови (на этапе лечения каждые 6 месяцев пациентам до 6 лет; каждые 6 или 12 месяцев пациентам старше 6 лет; в период инфекционных заболеваний и/или при угрозе метаболического криза не реже 1 раза в 7-10 дней)	Да/Нет
38.	Выполнено исследование железосвязывающей способности сыворотки (на этапе лечения каждые 6 месяцев пациентам до 6 лет; каждые 6 или 12 месяцев пациентам старше 6 лет; в период инфекционных заболеваний и/или при угрозе метаболического криза не реже 1 раза в 7-10 дней)	Да/Нет
39.	Проведен контроль нутритивного статуса с коррекцией диеты (на этапе лечения, коррекция в период метаболического криза – ежедневно, у детей первого года жизни - не реже 1 раза в месяц, у пациентов старше 1 года– 1 раз в 3 месяца)	Да/Нет
40.	Проведена терапия левокарнитином (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
41.	Проведена терапия глицином (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.4.25.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при других видах нарушения обмена аминокислот с разветвленной цепью (Метилмалоновая ацидемия ацидурия) (коды по МКБ - 10: E71.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено комплексное определение концентрации органических кислот в крови методом тандемной масс-спектрометрии (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено комплексное определение концентрации органических кислот в крови методом тандемной масс-спектрометрии (на этапе лечения не реже 1 раз в год)	Да/Нет
3.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови (на этапе лечения не реже 1 раз в год)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня глицина в крови (на этапе лечения не реже 1 раз в год)	Да/Нет
6.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови методом тандемной масс-спектрометрии (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови методом тандемной масс-спектрометрии (на этапе лечения не реже 1 раз в год)	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня свободного L-карнитина в крови (на этапе лечения не реже 1 раз в год)	Да/Нет
9.	Выполнен комплекс исследований для диагностики органических ацидурий (при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнен комплекс исследований для диагностики органических ацидурий (на этапе лечения не реже 1 раз в год)	Да/Нет
11.	Выполнено комплексное определение содержания органических кислот в моче - определение патологических метаболитов в моче (при установлении диагноза)	Да/Нет
12.	Выполнено комплексное определение содержания органических кислот в моче - определение патологических метаболитов в моче (на этапе лечения не реже 1 раз в год)	Да/Нет
13.	Выполнено комплексное определение содержания органических кислот в моче методом тандемной масс-спектрометрии (при установлении диагноза)	Да/Нет
14.	Выполнено комплексное определение содержания органических кислот в моче методом тандемной масс-спектрометрии (на этапе лечения не реже 1 раз в год)	Да/Нет
15.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в генах (MUT, MMAA, MAB, MCEE, CD320, LMBRD, MMADHC, MMACHC) (при установлении диагноза)	Да/Нет
16.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет

17.	Выполнено назначение диетического питания (на этапе лечения)	Да/Нет
18.	Выполнено назначение левокарнитина (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
19.	Проведена коррекция диетотерапии и интенсивной терапии (при метаболическом кризе, при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.4.25.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при других видах нарушения обмена аминокислот с разветвленной цепью (Метилмалоновая ацидемия ацидурия) (коды по МКБ - 10: E71.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено комплексное определение концентрации органических кислот в крови методом тандемной масс-спектрометрии (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено комплексное определение концентрации органических кислот в крови методом тандемной масс-спектрометрии (на этапе лечения не реже 1 раз в год)	Да/Нет
3.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови (на этапе лечения не реже 1 раз в год)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня глицина в крови (на этапе лечения не реже 1 раз в год)	Да/Нет
6.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови методом тандемной масс-спектрометрии (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови методом тандемной масс-спектрометрии (на этапе лечения не реже 1 раз в год)	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня свободного L-карнитина в крови (на этапе лечения не реже 1 раз в год)	Да/Нет
9.	Выполнен комплекс исследований для диагностики органических ацидурий (при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнен комплекс исследований для диагностики органических ацидурий (на этапе лечения не реже 1 раз в год)	Да/Нет
11.	Выполнено комплексное определение содержания органических кислот в моче - определение патологических метаболитов в моче (при установлении диагноза)	Да/Нет
12.	Выполнено комплексное определение содержания органических кислот в моче - определение патологических метаболитов в моче (на этапе лечения не реже 1 раз в год)	Да/Нет

13.	Выполнено комплексное определение содержания органических кислот в моче методом тандемной масс-спектрометрии (при установлении диагноза)	Да/Нет
14.	Выполнено комплексное определение содержания органических кислот в моче методом тандемной масс-спектрометрии (на этапе лечения не реже 1 раз в год)	Да/Нет
15.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в генах (MUT, MMAA, MAB, MCEE, CD320, LMBRD, MMADHC, MMACHC) (при установлении диагноза)	Да/Нет
16.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
17.	Выполнено назначение диетического питания (на этапе лечения)	Да/Нет
18.	Проведена терапия левокарнитином (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
19.	Проведена коррекция диетотерапии и интенсивной терапии (при метаболическом кризе, при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.4.26.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при нарушении митохондриального β -окисления жирных кислот (коды по МКБ - 10: E71.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня свободного карнитина и ацилкарнитинов в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, креатинфосфокиназа, глюкоза, лактатдегидрогеназа, холестерин, триглицериды) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, креатинфосфокиназа, глюкоза, лактатдегидрогеназа, холестерин, триглицериды) (не реже 1 раза в 6 месяцев)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови (при установлении диагноза и при угрозе метаболического криза)	Да/Нет
5.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в генах (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (на этапе лечения не реже 1 раза в год)	Да/Нет
9.	Выполнена эхокардиография (на этапе лечения не реже 1 раза в год)	Да/Нет

10.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза)	Да/Нет
11.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (на этапе лечения не реже 1 раза в год)	Да/Нет
12.	Выполнена электроэнцефалография (1 раз в год при отсутствии приступов)	Да/Нет
13.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
14.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный (при наличии патологии сердечно-сосудистой системы)	Да/Нет
15.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (при наличии патологии со стороны центральной нервной системы)	Да/Нет
16.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (при наличии патологии зрения)	Да/Нет
17.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный или прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный (не реже 1 раза в 6 месяцев)	Да/Нет
18.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-диетолога (при установлении диагноза)	Да/Нет
19.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-диетолога (с частотой 1 раз в месяц на 1 году жизни; далее 1 раз в 3 месяца, по показаниям до 3 лет и 1 раз в 6 месяцев после 3 лет; с коррекцией диеты в зависимости от прибавки массы тела и возраста)	Да/Нет

3.4.26.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при нарушении митохондриального β -окисления жирных кислот (коды по МКБ - 10: E71.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня свободного карнитина и ацилкарнитинов в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, креатинфосфокиназа, глюкоза, лактатдегидрогеназа, холестерин, триглицериды) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, креатинфосфокиназа, глюкоза, лактатдегидрогеназа, холестерин, триглицериды) (не реже 1 раза в 6 месяцев)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови (при установлении диагноза и при угрозе метаболического криза)	Да/Нет

5.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в генах (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (на этапе лечения не реже 1 раза в год)	Да/Нет
9.	Выполнена эхокардиография (на этапе лечения не реже 1 раза в год)	Да/Нет
10.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза)	Да/Нет
11.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (на этапе лечения не реже 1 раза в год)	Да/Нет
12.	Выполнена электроэнцефалография (1 раз в год при отсутствии приступов)	Да/Нет
13.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
14.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный (при наличии патологии сердечно-сосудистой системы)	Да/Нет
15.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (при наличии патологии со стороны центральной нервной системы)	Да/Нет
16.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (при наличии патологии зрения)	Да/Нет
17.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный или прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный (не реже 1 раза в 6 месяцев)	Да/Нет
18.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-диетолога (при установлении диагноза)	Да/Нет
19.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-диетолога (с частотой 1 раз в месяц на 1 году жизни; далее 1 раз в 3 месяца, по показаниям до 3 лет и 1 раз в 6 месяцев после 3 лет; с коррекцией диеты в зависимости от прибавки массы тела и возраста)	Да/Нет

3.4.27.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при глутаровой ацидурии тип 1 (коды по МКБ - 10: E72.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение свободного карнитина и ацилкарнитинов в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено определение уровня органических кислот в моче (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене GCDH (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга и/или компьютерная томография головного мозга (при установлении диагноза и после перенесенного энцефалитоподобного криза, появления прогрессирующей неврологической симптоматики при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Назначено диетическое питание с ограничением аминокислот: лизина, триптофана	Да/Нет
7.	Выполнено назначение левокарнитина (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено определение свободного карнитина и ацилкарнитинов в крови (не реже, чем каждые 2 месяца пациентам до года, не реже, чем каждые 3 месяца пациентам от 1 года до 6 лет, не реже, чем каждые 12 месяцев пациентам старше 6 лет)	Да/Нет
9.	Выполнена госпитализация в стационар (при наличии симптомов метаболического криза)	Да/Нет

3.4.27.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при глутаровой ацидурии тип 1 (коды по МКБ - 10: E72.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение свободного карнитина и ацилкарнитинов в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено определение уровня органических кислот в моче (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене GCDH (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга и/или компьютерная томография головного мозга (при установлении диагноза и после перенесенного энцефалитоподобного криза; появления прогрессирующей неврологической симптоматики при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Назначено диетическое питание с ограничением аминокислот: лизина, триптофана	Да/Нет
7.	Проведена терапия левокарнитином (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

8.	Выполнено определение свободного карнитина и ацилкарнитинов в крови (не реже, чем каждые 2 месяца пациентам до года, не реже, чем каждые 3 месяца пациентам от 1 года до 6 лет, не реже, чем каждые 12 месяцев пациентам старше 6 лет)	Да/Нет
9.	Выполнена госпитализация в стационар (при наличии симптомов метаболического криза)	Да/Нет

3.4.28.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при болезни Помпе (коды по МКБ - 10: E74.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение активности кислой альфа-глюкозидазы в лейкоцитах периферической крови или пятнах высушенной крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование (выявление мутаций в гене GAA) у пациентов со сниженной активностью кислой альфа-глюкозидазы в лейкоцитах (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Проводится ферментная заместительная терапия (при установленном диагнозе болезнь Помпе с поздним началом и младенческая форма болезни Помпе)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) не реже 1 раза в 6 месяцев	Да/Нет
5.	Выполнена тональная аудиометрия не реже 1 раза в 36 месяцев	Да/Нет

3.4.28.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при болезни Помпе (коды по МКБ - 10: E74.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение активности КАГ в лейкоцитах периферической крови или пятнах высушенной крови (при постановке диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование (выявление мутаций в гене GAA) у пациентов со сниженной активностью (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня N-терминального фрагмента натрийуретического пропептида мозгового (NT-proBNP) в крови (не позднее 3 месяцев после установления диагноза (пациентам до 1 года) или не позднее 6 месяцев после первого года жизни)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) не реже 1 раза в 6 месяцев	Да/Нет
5.	Выполнена тональная аудиометрия не реже 1 раза в 36 месяцев	Да/Нет
6.	Проводится ферментная заместительная терапия (при установленном диагнозе болезнь Помпе с поздним началом)	Да/Нет
7.	Проводится ферментная заместительная терапия (при установленном диагнозе младенческая форма болезни Помпе)	Да/Нет
8.	Выполнен 6-минутный тест с ходьбой (если не проводился последние 6 мес. При возрасте пациента 6 лет и старше)	Да/Нет

3.4.29.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при нарушении обмена галактозы (Галактоземии) (коды по МКБ - 10: E74.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Выполнен неонатальный скрининг (определение тотальной галактозы в сухом пятне крови)	Да/Нет
2.	Выполнено определение активности фермента ГАЛТ (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза) (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза) (не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый пациентам (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня прокальцитонина в крови	Да/Нет
8.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови	Да/Нет
9.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
10.	Выполнено исследование уровня кальция в моче	Да/Нет
11.	Выполнено исследование уровня натрия в моче	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня цитратов в моче	Да/Нет
13.	Выполнено определение концентрации водородных ионов (рН) мочи (всем пациентам с клинической картиной галактоземии)	Да/Нет
14.	Выполнено исследование мочи методом Зимницкого с определением объема мочи и определением удельного веса (относительной плотности) мочи	Да/Нет
15.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (активированное частичное тромбопластиновое время, международное нормализованное отношение, протромбиновое время, фибриноген пациентам с клиническими проявлениями галактоземии для оценки функционального состояния печени и свертывающей системы крови)	Да/Нет
16.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
17.	Выполнена рентгеноденситометрия (пациентам старше 5 лет, не реже 1 раза в 5 лет)	Да/Нет
18.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
19.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога (не реже 1 раза в 6 месяцев детям старше 2-3 лет, не реже 1 раза в год взрослым)	Да/Нет
20.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-педиатра или прием (осмотр, консультация) врача-терапевта или прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) (если не	Да/Нет

	проводилась последние 6 месяцев; каждые 3 месяца на первом году жизни, каждые 4 месяца на втором году жизни, каждые 6 месяцев до 14 лет, после 14 лет ежегодно)	
21.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога или прием (осмотр, консультация) врача - детского эндокринолога девочкам с галактоземией в период минипубертата (6-12 месяцев) и по достижении нижней границы пубертатного возраста (8-10 лет)	Да/Нет
22.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога (не реже 1 раза в 3 года)	Да/Нет
23.	Выполнено назначение диетического питания (элиминационная диета с пожизненным исключением из рациона продуктов и лекарственных препаратов, содержащих галактозу и лактозу)	Да/Нет
24.	Выполнено назначение препаратов кальция и колекальциферола (не содержащих лактозу) (пациентам старше 1 года, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.4.29.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при нарушении обмена галактозы (Галактоземии) (коды по МКБ - 10: E74.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен неонатальный скрининг (определение тотальной галактозы в сухом пятне крови)	Да/Нет
2.	Выполнено определение активности фермента ГАЛТ (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза) (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза) (не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый пациентам (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня прокальцитонина в крови	Да/Нет
8.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови	Да/Нет
9.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
10.	Выполнено исследование уровня кальция в моче	Да/Нет
11.	Выполнено исследование уровня натрия в моче	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня цитратов в моче	Да/Нет

13.	Выполнено определение концентрации водородных ионов (рН) мочи (всем пациентам с клинической картиной галактоземии)	Да/Нет
14.	Выполнено исследование мочи методом Зимницкого с определением объема мочи и определением удельного веса (относительной плотности) мочи	Да/Нет
15.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (активированное частичное тромбопластиновое время, международное нормализованное отношение, протромбиновое время, фибриноген пациентам с клиническими проявлениями галактоземии для оценки функционального состояния печени и свертывающей системы крови)	Да/Нет
16.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
17.	Выполнена рентгеноденситометрия (пациентам старше 5 лет, не реже 1 раза в 5 лет)	Да/Нет
18.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
19.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога (не реже 1 раза в 6 месяцев детям старше 2-3 лет, не реже 1 раза в год взрослым)	Да/Нет
20.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-педиатра или прием (осмотр, консультация) врача-терапевта или прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) (если не проводилась последние 6 месяцев; каждые 3 месяца на первом году жизни, каждые 4 месяца на втором году жизни, каждые 6 месяцев до 14 лет, после 14 лет ежегодно)	Да/Нет
21.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога или прием (осмотр, консультация) врача - детского эндокринолога девочкам с галактоземией в период минипубертата (6-12 месяцев) и по достижении нижней границы пубертатного возраста (8-10 лет)	Да/Нет
22.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога (не реже 1 раза в 3 года)	Да/Нет
23.	Выполнено назначение диетического питания (элиминационная диета с пожизненным исключением из рациона продуктов и лекарственных препаратов, содержащих галактозу и лактозу)	Да/Нет
24.	Проведена терапия препаратами кальция и колекальциферолом (не содержащих лактозу) (пациентам старше 1 года, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.4.30.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при болезни Фабри (коды по МКБ - 10: E75.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение активности альфа галактозидазы А в пятнах крови, высушенных на фильтровальной бумаге или в лейкоцитах крови всем пациентам мужского пола (при установлении диагноза)	Да/Нет

2.	Выполнено определение концентрации глоботриаозилсфингозина (Lyso-GB3) в пятнах высушенной крови или плазме крови (при установлении диагноза и перед назначением ферментной заместительной терапии)	Да/Нет
3.	Выполнено определение белка в моче и расчет скорости клубочковой фильтрации (при установлении диагноза и не реже 1 раза в 6 месяцев)	Да/Нет
4.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза и если не проводилась в предшествующие 12 месяцев)	Да/Нет
5.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма (при установлении диагноза, и если не проводилось в предшествующие 12 месяцев)	Да/Нет
6.	Выполнена тональная аудиометрия (для пациентов старше 5 лет при установлении диагноза и если не проводилась последние в 36 месяцев)	Да/Нет
7.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование для всех пациентов со сниженной активностью фермента альфа галактозидазы А и для лиц женского пола при клиническом подозрении на болезнь Фабри и при наличии родственников с болезнью Фабри в родословной, у мужчин со сниженной активностью фермента и для женщин с клиническими признаками болезни Фабри или родственников пробанда по материнской линии: выявление мутаций в гене GLA, кодирующем фермент альфа галактозидаза А для подтверждения диагноза на молекулярно-генетическом уровне	Да/Нет
8.	Назначена ферментная заместительная терапия с применением агалсидазы бета в дозе 1 мг/кг или агалсидазы альфа в дозе 0,2 мг/кг пациентам с установленным диагнозом болезнь Фабри в виде в/в инфузии 1 раз в 2 недели (при наличии показаний: всем пациентам мужского пола после верификации диагноза лабораторными методами, женщинам с болезнью Фабри при наличии следующих клинических проявлений заболевания: кризы Фабри и/или резистентная к стандартной терапии рецидивирующая или хроническая невропатическая боль в кистях и стопах и/или персистирующая протеинурия и/или снижение скорости клубочковой фильтрации <80 мл/мин/1,73 м ² и/или поражение сердца и/или нарушения мозгового кровообращения и/или ишемические изменения головного мозга, выявленные при магнитно-резонансной томографии головного мозга)	Да/Нет

3.4.30.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при болезни Фабри (коды по МКБ - 10: E75.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение активности АГАЛ в пятнах крови, высушенных на фильтровальной бумаге или в лейкоцитах крови всем пациентам мужского пола (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено определение концентрации глоботриаозилсфингозина (Lyso-GB3) в пятнах высушенной крови или плазме крови (при установлении диагноза и перед назначением ферментной заместительной терапии)	Да/Нет
3.	Выполнено определение белка в моче и расчет скорости клубочковой фильтрации (при установлении диагноза и не реже 1 раза в 6 месяцев)	Да/Нет
4.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза и если не проводилась в предшествующие 12 месяцев)	Да/Нет

5.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма (при установлении диагноза, и если не проводилось в предшествующие 12 месяцев)	Да/Нет
6.	Выполнена тональная аудиометрия (для пациентов старше 5 лет при установлении диагноза и если не проводилась последние в 36 месяцев)	Да/Нет
7.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование для всех пациентов со сниженной активностью фермента альфа галактозидазы А и для лиц женского пола при клиническом подозрении на болезнь Фабри и при наличии родственников с болезнью Фабри в родословной, у мужчин со сниженной активностью фермента и для женщин с клиническими признаками болезни Фабри или родственников пробанда по материнской линии: выявление мутаций в гене GLA, кодирующем фермент альфа галактозидаза А для подтверждения диагноза на молекулярно-генетическом уровне	Да/Нет
8.	Проведена ферментная заместительная терапии с применением агалсидазы бета в дозе 1 мг/кг или агалсидазы альфа в дозе 0,2 мг/кг пациентам с установленным диагнозом болезнь Фабри в виде в/в инфузии 1 раз в 2 недели (при наличии показаний: всем пациентам мужского пола после верификации диагноза лабораторными методами, женщинам с болезнью Фабри при наличии следующих клинических проявлений заболевания: кризы Фабри и/или резистентная к стандартной терапии рецидивирующая или хроническая невропатическая боль в кистях и стопах и/или персистирующая протеинурия и/или снижение скорости клубочковой фильтрации <80 мл/мин/1,73 м ² и/или поражение сердца и/или нарушения мозгового кровообращения и/или ишемические изменения головного мозга, выявленные при магнитно-резонансной томографии головного мозга)	Да/Нет

3.4.31.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при болезни Ниманна-Пика тип С (коды по МКБ - 10: E75.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение ЛСМ509 в пятнах крови или холестан-3,5,6-триола в плазме крови и молекулярно-генетическое исследование (выявление мутаций в гене NPC1, NPC2) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) не реже 1 раза в 6 месяцев	Да/Нет
3.	Выполнено назначение субстрат-редуцирующей терапии препаратом миглустат ежедневно перорально	Да/Нет
4.	Выполнена электроэнцефалография (если не проводилась в последние 6 месяцев)	Да/Нет
5.	Выполнена тональная аудиометрия не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет

3.4.31.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при болезни Ниманна-Пика тип С (коды по МКБ - 10: E75.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение ЛСМ509 в пятнах крови или холестан-3,5,6-триола в плазме крови и молекулярно-генетическое	Да/Нет

	исследование (выявление мутаций в гене NPC1, NPC2) (при установлении диагноза)	
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) не реже 1 раза в 6 месяцев	Да/Нет
3.	Выполнено назначение субстрат-редуцирующей терапии препаратом миглустат ежедневно перорально	Да/Нет
4.	Выполнена электроэнцефалография (если не проводилась в последние 6 месяцев)	Да/Нет
5.	Выполнена тональная аудиометрия не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет

3.4.32.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при мукополисахаридозе тип 1 (коды по МКБ - 10: E76.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение уровня гликозаминогликана мочи (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено определение активности альфа-L-идуронидазы в лейкоцитах периферической крови или пятнах высушенной крови и/или молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене IDUA (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено назначение ларонидазы в дозе 100 ЕД/кг в виде внутривенной инфузии еженедельно (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено определение уровня гликозаминогликана мочи (не реже 1 раза в 6 месяцев, пациентам, не получающим ферментную заместительную терапию - не реже 1 раза в год)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (если не проводилась предшествующие 12 месяцев)	Да/Нет
6.	Выполнена эхокардиография (если не проводилась предшествующие 12 месяцев)	Да/Нет
7.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма (если не проводилось предшествующие 12 месяцев)	Да/Нет
8.	Выполнено суточное мониторирование артериального давления (если не проводилось предшествующие 12 месяцев)	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование печени и селезенки и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и/или компьютерная томография органов брюшной полости (если не проводилось последние 12 месяцев для определения размеров печени и селезенки)	Да/Нет
10.	Выполнена электроэнцефалография (если не проводилась в последние 12 месяцев)	Да/Нет
11.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (если не проводилась последние 24 месяца)	Да/Нет
12.	Выполнена магнитно-резонансная томография шейного отдела позвоночника (если не проводилась в последние 24 месяца)	Да/Нет

13.	Выполнена компьютерная томография головного мозга или магнитно-резонансная томография головного мозга (если не проводилась в последние 24 месяца)	Да/Нет
14.	Выполнена электронейромиография игольчатыми электродами (один нерв) или электронейромиография стимуляционная одного нерва (если не проводилась последние 12 месяцев)	Да/Нет
15.	Выполнено исследование спровоцированных/ неспровоцированных дыхательных объемов (если не проводилось последние 6 месяцев, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16.	Выполнен кардиореспираторный мониторинг (пациентам с мукополисахаридозом типа I с подозрением или подтвержденным диагнозом синдрома обструктивного апноэ сна, если не проводился последние 12 месяцев)	Да/Нет
17.	Выполнена рентгенография шейного отдела позвоночника (если не проводилась последние 12 месяцев)	Да/Нет
18.	Выполнена рентгенография грудного отдела позвоночника (если не проводилась последние 12 месяцев)	Да/Нет
19.	Выполнена рентгенография поясничного отдела позвоночника (если не проводилась последние 12 месяцев)	Да/Нет
20.	Выполнена рентгенография верхних конечностей (если не проводилась последние 12 месяцев)	Да/Нет
21.	Выполнена рентгенография нижних конечностей (если не проводилась последние 12 месяцев)	Да/Нет
22.	Выполнена аудиометрия (если не проводилась последние 12 месяцев)	Да/Нет
23.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный с исследованием переднего сегмента глаза методом бокового освещения, измерением внутриглазного давления и оценка состояния глазного дна, изменения прозрачности глазных сред и состояния сетчатки (при наличии патологии зрения, если не проводился последние 12 месяцев)	Да/Нет
24.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза; при планировании беременности в семье)	Да/Нет
25.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный (при наличии патологии сердечно-сосудистой системы, если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
26.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный (при наличии патологии со стороны ЛОР-органов и/или верхних дыхательных путей и если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет

27.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (при наличии патологии со стороны центральной нервной системы и если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
28.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (при наличии патологии со стороны опорно-двигательного аппарата и если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
29.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный (при наличии патологии, требующей хирургического вмешательства)	Да/Нет
30.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный (при наличии патологии со стороны дыхательной системы)	Да/Нет
31.	Выполнен 6-ти минутный тест с ходьбой (если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
32.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий билирубин, связанный (конъюгированный) билирубин, холестерин, триглицериды) (если не проводился в предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет
33.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (если не проводился в предшествующие 3 месяца)	Да/Нет
34.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (если не проводился в предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет
35.	Проведена декомпрессия позвоночного канала микрохирургическая (для пациентов с диагностированным стенозом шейного отдела)	Да/Нет

3.4.32.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при мукополисахаридозе тип 1 (коды по МКБ - 10: E76.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение уровня гликозаминогликана мочи (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено определение активности альфа-L-идуронидазы в лейкоцитах периферической крови или пятнах высушенной крови и/или молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене IDUA (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Проведена терапия ларонидазой в дозе 100 ЕД/кг в виде внутривенной инфузии еженедельно (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено определение уровня гликозаминогликана мочи (не реже 1 раза в 6 месяцев, пациентам, не получающим ферментную заместительную терапию - не реже 1 раза в год)	Да/Нет

5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (если не проводилась предшествующие 12 месяцев)	Да/Нет
6.	Выполнена эхокардиография (если не проводилась предшествующие 12 месяцев)	Да/Нет
7.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма (если не проводилось предшествующие 12 месяцев)	Да/Нет
8.	Выполнено суточное мониторирование артериального давления (если не проводилось предшествующие 12 месяцев)	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование печени и селезенки и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и/или компьютерная томография органов брюшной полости (если не проводилось последние 12 месяцев для определения размеров печени и селезенки)	Да/Нет
10.	Выполнена электроэнцефалография (если не проводилась в последние 12 месяцев)	Да/Нет
11.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (если не проводилась последние 24 месяца)	Да/Нет
12.	Выполнена магнитно-резонансная томография шейного отдела позвоночника (если не проводилась в последние 24 месяца)	Да/Нет
13.	Выполнена компьютерная томография головного мозга или магнитно-резонансная томография головного мозга (если не проводилась в последние 24 месяца)	Да/Нет
14.	Выполнена электронейромиография игольчатыми электродами (один нерв) или электронейромиография стимуляционная одного нерва (если не проводилась последние 12 месяцев)	Да/Нет
15.	Выполнено исследование спровоцированных/неспровоцированных дыхательных объемов (если не проводилось последние 6 месяцев, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16.	Выполнен кардиореспираторный мониторинг (пациентам с мукополисахаридозом типа I с подозрением или подтвержденным диагнозом синдрома обструктивного апноэ сна, если не проводился последние 12 месяцев)	Да/Нет
17.	Выполнена рентгенография шейного отдела позвоночника (если не проводилась последние 12 месяцев)	Да/Нет
18.	Выполнена рентгенография грудного отдела позвоночника (если не проводилась последние 12 месяцев)	Да/Нет
19.	Выполнена рентгенография поясничного отдела позвоночника (если не проводилась последние 12 месяцев)	Да/Нет
20.	Выполнена рентгенография верхних конечностей (если не проводилась последние 12 месяцев)	Да/Нет
21.	Выполнена рентгенография нижних конечностей (если не проводилась последние 12 месяцев)	Да/Нет

22.	Выполнена аудиометрия (если не проводилась последние 12 месяцев)	Да/Нет
23.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный с исследованием переднего сегмента глаза методом бокового освещения, измерением внутриглазного давления и оценка состояния глазного дна, изменения прозрачности глазных сред и состояния сетчатки (при наличии патологии зрения, если не проводился последние 12 месяцев)	Да/Нет
24.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза; при планировании беременности в семье)	Да/Нет
25.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный (при наличии патологии сердечно-сосудистой системы, если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
26.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный (при наличии патологии со стороны ЛОР-органов и/или верхних дыхательных путей и если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
27.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (при наличии патологии со стороны центральной нервной системы и если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
28.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (при наличии патологии со стороны опорно-двигательного аппарата и если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
29.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный (при наличии патологии, требующей хирургического вмешательства)	Да/Нет
30.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный (при наличии патологии со стороны дыхательной системы)	Да/Нет
31.	Выполнен 6-ти минутный тест с ходьбой (если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
32.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, общий билирубин, связанный (конъюгированный) билирубин, холестерин, триглицериды) (если не проводился в предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет
33.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (если не проводился в предшествующие 3 месяца)	Да/Нет
34.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (если не проводился в предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет
35.	Проведена декомпрессия позвоночного канала микрохирургическая (для пациентов с диагностированным стенозом шейного отдела)	Да/Нет

3.4.33.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при мукополисахаридозе тип 1 (коды по МКБ - 10: E76.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика (при установлении диагноза и при планировании беременности в семье)	Да/Нет
2.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование (выявление мутаций в гене IDUA) всем пациентам со сниженной активностью фермента альфа-L-идуронидазы в лейкоцитах периферической крови или пятнах высушенной крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено определение активности альфа L идуронидазы в лейкоцитах периферической крови или пятнах высушенной крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено электрофоретическое исследование гликозаминогликанов мочи (при установлении диагноза и не реже 1 раза в 6 месяцев)	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога (при наличии патологии со стороны центральной нервной системы (если не проводился последние 3 мес.))	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога (при наличии патологии сердечно-сосудистой систем, если не проводился последние 6 мес.)	Да/Нет
7.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда (при наличии патологии со стороны опорно-двигательного аппарата (если не проводился последние 6 мес.))	Да/Нет
9.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога (при наличии патологии со стороны ЛОР-органов или верхних дыхательных путей, если не проводилась последние 6 мес.)	Да/Нет
10.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга (при наличии патологии, требующей хирургического вмешательства)	Да/Нет
11.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врачом-пульмонологом (при наличии патологии со стороны бронхолегочной системы)	Да/Нет
12.	Выполнен общий (клинический) анализ крови не реже 1 раза в 2 месяца	Да/Нет
13.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (если не проводился в предшествующие 3 месяца)	Да/Нет
14.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, общий и прямой билирубин, холестерин, триглицериды) не реже 1 раза в 6 месяцев	Да/Нет
15.	Выполнено определение функции внешнего дыхания не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
16.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
17.	Выполнены регистрация электрокардиограммы, эхокардиография, холтеровское мониторирование сердечного ритма и суточное мониторирование артериального давления не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет

18.	Выполнена рентгенография шейного, грудного и поясничного отдела позвоночника, верхних и нижних конечностей не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
19.	Выполнена тональная аудиометрия не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
20.	Выполнена компьютерная томография головного мозга или магнитно-резонансная томография головного мозга не реже 1 раза в 24 месяца	Да/Нет
21.	Выполнена магнитно-резонансная томография шейного отдела позвоночника не реже 1 раза в 24 месяца	Да/Нет
22.	Выполнено назначение ферментной заместительной терапии с применением ларонидазы в дозе 100 ЕД/кг в виде в/в инфузии еженедельно	Да/Нет
23.	Выполнен 6-минутный тест с ходьбой при условии возможности выполнения пациентом (если не проводился последние 6 мес.)	Да/Нет

3.4.33.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при мукополисахаридозе тип 1 (коды по МКБ - 10: E76.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование (выявление мутаций в гене IDUA) всем пациентам со сниженной активностью фермента альфа-L-идуронидазы в лейкоцитах периферической крови или пятнах высушенной крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено определение активности альфа L идуронидазы в лейкоцитах периферической крови или пятнах высушенной крови (выявление мутаций в гене IDUA) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено электрофоретическое исследование гликозаминогликанов мочи (при установлении диагноза и не реже 1 раза в 6 месяцев)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога (при наличии патологии нервной системы (если не проводился последние 3 мес.)	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога (при наличии патологии сердечно-сосудистой систем, если не проводился последние 6 мес.)	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда (при наличии патологии со стороны опорно-двигательного аппарата (если не проводился последние 6 мес.)	Да/Нет
7.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга (при наличии патологии, требующей хирургического вмешательства)	Да/Нет
9.	Выполнена консультация врачом-оториноларингологом (при наличии патологии со стороны ЛОР-органов или верхних дыхательных путей и если не проводилась последние 6 мес.)	Да/Нет
10.	Выполнена консультация врачом-пульмонологом (при наличии патологии со стороны бронхолегочной системы)	Да/Нет
11.	Выполнен общий (клинический) анализ крови не реже 1 раза в 2 месяца	Да/Нет
12.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (если не проводился в предшествующие 3 месяца)	Да/Нет
13.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий и	Да/Нет

	прямой билирубин, холестерин, триглицериды) не реже 1 раза в 6 месяцев	
14.	Выполнена тональная аудиометрия не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
15.	Выполнено определение функции внешнего дыхания не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
16.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
17.	Выполнены регистрация электрокардиограммы, эхокардиография, холтеровское мониторирование сердечного ритма и суточное мониторирование артериального давления не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
18.	Выполнена компьютерная томография головного мозга или магнитно-резонансная томография головного мозга не реже 1 раза в 24 месяца	Да/Нет
19.	Выполнена магнитно-резонансная томография шейного отдела позвоночника не реже 1 раза в 24 месяца	Да/Нет
20.	Выполнена рентгенография шейного, грудного и поясничного отдела позвоночника, верхних и нижних конечностей не реже 1 раза в 36 месяцев	Да/Нет
21.	Выполнено назначение ферментной заместительной терапии с применением ларонидазы в дозе 100 ЕД/кг в виде в/в инфузии еженедельно	Да/Нет
22.	Выполнен 6-минутный тест с ходьбой при условии возможности выполнения пациентом (если не проводился последние 6 мес.)	Да/Нет

3.4.34.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при мукополисахаридозе тип 2 (коды по МКБ - 10: E76.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение уровня гликозаминогликана мочи (при установлении диагноза; если не проводилось в предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет
2.	Выполнено определение активности идуронат-2-сульфатазы в плазме крови или пятнах высушенной крови и/или молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене IDS (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено назначение ферментной заместительной терапии с применением идурсульфазы или идурсульфазы бета в виде внутривенной инфузии еженедельно (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (если не проводилось предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография (если не проводилась предшествующие 12 месяцев)	Да/Нет
6.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма (если не проводилось предшествующие 12 месяцев)	Да/Нет
7.	Выполнено суточное мониторирование артериального давления (если не проводилось предшествующие 12 месяцев)	Да/Нет

8.	Выполнена электроэнцефалография (если не проводилась в последние 12 месяцев)	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (если не проводилось последние 12 месяцев для определения размеров печени и селезенки)	Да/Нет
10.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга и/или компьютерная томография позвоночника (один отдел), и/или компьютерная томография головного мозга и позвоночника (один отдел) (если не проводилось последние 24 месяцев)	Да/Нет
11.	Выполнено исследование спровоцированных/неспровоцированных дыхательных объемов (если не проводилось последние 12 месяцев)	Да/Нет
12.	Выполнена рентгенография шейного отдела позвоночника (если не проводилась последние 12 месяцев при тяжелых формах, 24 месяца при легких формах)	Да/Нет
13.	Выполнена рентгенография грудного отдела позвоночника (если не проводилась последние 12 месяцев при тяжелых формах, 24 месяца при легких формах)	Да/Нет
14.	Выполнена рентгенография поясничного отдела позвоночника (если не проводилась последние 12 месяцев при тяжелых формах, 24 месяца при легких формах)	Да/Нет
15.	Выполнена рентгенография верхних конечностей (если не проводилась последние 12 месяцев при тяжелых формах, 24 месяца при легких формах)	Да/Нет
16.	Выполнена рентгенография нижних конечностей (если не проводилась последние 12 месяцев при тяжелых формах, 24 месяца при легких формах)	Да/Нет
17.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача сурдолога-оториноларинголога первичный (если не проводился последние 12 месяцев)	Да/Нет
18.	Выполнена аудиометрия (если не проводилась последние 12 месяцев)	Да/Нет
19.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (если не проводился последние 12 месяцев)	Да/Нет
20.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза, при планировании беременности в семье)	Да/Нет
21.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный (при наличии патологии сердечно-сосудистой системы) (если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
22.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный (при наличии патологии со стороны ЛОР-органов и/или верхних дыхательных путей, если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет

23.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (при наличии патологии со стороны центральной нервной системы, если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
24.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (при наличии патологии со стороны опорно-двигательного аппарата, если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
25.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный (при наличии патологии, требующей хирургического вмешательства)	Да/Нет
26.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный (при наличии патологии со стороны дыхательной системы)	Да/Нет
27.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный (если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
28.	Выполнен 6-ти минутный тест с ходьбой (если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
29.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий билирубин, связанный (конъюгированный) билирубин, холестерин, триглицериды) (если не проводился в предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет
30.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (если не проводился в предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет
31.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (если не проводился в предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет

3.4.34.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при мукополисахаридозе тип 2 (коды по МКБ - 10: E76.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение уровня гликозаминогликана мочи (при установлении диагноза; если не проводилось в предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет
2.	Выполнено определение активности идуронат-2-сульфатазы в плазме крови или пятнах высушенной крови и/или молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене IDS (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Проведена ферментная заместительная терапия с применением идурсульфазы или идурсульфазы бета в виде внутривенной инфузии еженедельно (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (если не проводилось предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография (если не проводилась предшествующие 12 месяцев)	Да/Нет

6.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма (если не проводилось предшествующие 12 месяцев)	Да/Нет
7.	Выполнено суточное мониторирование артериального давления (если не проводилось предшествующие 12 месяцев)	Да/Нет
8.	Выполнена электроэнцефалография (если не проводилась в последние 12 месяцев)	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (если не проводилось последние 12 месяцев для определения размеров печени и селезенки)	Да/Нет
10.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга и/или компьютерная томография позвоночника (один отдел), и/или компьютерная томография головного мозга и позвоночника (один отдел) (если не проводилось последние 24 месяцев)	Да/Нет
11.	Выполнено исследование спровоцированных/неспровоцированных дыхательных объемов (если не проводилось последние 12 месяцев)	Да/Нет
12.	Выполнена рентгенография шейного отдела позвоночника (если не проводилась последние 12 месяцев при тяжелых формах, 24 месяца при легких формах)	Да/Нет
13.	Выполнена рентгенография грудного отдела позвоночника (если не проводилась последние 12 месяцев при тяжелых формах, 24 месяца при легких формах)	Да/Нет
14.	Выполнена рентгенография поясничного отдела позвоночника (если не проводилась последние 12 месяцев при тяжелых формах, 24 месяца при легких формах)	Да/Нет
15.	Выполнена рентгенография верхних конечностей (если не проводилась последние 12 месяцев при тяжелых формах, 24 месяца при легких формах)	Да/Нет
16.	Выполнена рентгенография нижних конечностей (если не проводилась последние 12 месяцев при тяжелых формах, 24 месяца при легких формах)	Да/Нет
17.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача сурдолога-оториноларинголога первичный (если не проводился последние 12 месяцев)	Да/Нет
18.	Выполнена аудиометрия (если не проводилась последние 12 месяцев)	Да/Нет
19.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (если не проводился последние 12 месяцев)	Да/Нет
20.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза, при планировании беременности в семье)	Да/Нет
21.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный (при наличии патологии сердечно-сосудистой системы) (если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет

22.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный (при наличии патологии со стороны ЛОР-органов и/или верхних дыхательных путей, если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
23.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (при наличии патологии со стороны центральной нервной системы, если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
24.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (при наличии патологии со стороны опорно-двигательного аппарата, если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
25.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный (при наличии патологии, требующей хирургического вмешательства)	Да/Нет
26.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный (при наличии патологии со стороны дыхательной системы)	Да/Нет
27.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный (если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
28.	Выполнен 6-ти минутный тест с ходьбой (если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
29.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий билирубин, связанный (конъюгированный) билирубин, холестерин, триглицериды) (если не проводился в предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет
30.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (если не проводился в предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет
31.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (если не проводился в предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет

3.4.35.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при мукополисахаридозе тип 2 (коды по МКБ - 10: E76.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика (при установлении диагноза и при планировании беременности в семье)	Да/Нет
2.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование (выявление мутаций в гене IDS) пациентам со сниженной активностью идуронатсульфатазы в плазме крови или пятнах высушенной крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено определение активности идуронатсульфатазы в плазме крови или пятнах высушенной крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено электрофоретическое исследование гликозаминогликанов мочи (при установлении диагноза и не реже 1 раза в 6 месяцев)	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога (при наличии патологии со стороны центральной нервной системы (если не проводился последние 3 мес.))	Да/Нет

6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога (при наличии патологии сердечно-сосудистой систем, если не проводился последние 6 мес.)	Да/Нет
7.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда (при наличии патологии со стороны опорно-двигательного аппарата (если не проводился последние 6 мес.))	Да/Нет
8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
9.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга (при наличии патологии, требующей хирургического вмешательства)	Да/Нет
10.	Выполнена консультация врачом-оториноларингологом (при наличии патологии ЛОР-органов или верхних дыхательных путей и если не проводилась последние 6 мес.)	Да/Нет
11.	Выполнены прием (осмотр, консультация) консультация врача-сурдолога-оториноларинголога и тональная аудиометрия не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
12.	Выполнена консультация врачом-пульмонологом (при наличии патологии бронхолегочной системы)	Да/Нет
13.	Выполнен общий (клинический) анализ крови не реже 1 раза в 2 месяца	Да/Нет
14.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (если не проводился в предшествующие 3 месяца)	Да/Нет
15.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий и прямой билирубин, холестерин, триглицериды) не реже 1 раза в 6 месяцев	Да/Нет
16.	Выполнено определение функции внешнего дыхания не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
17.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
18.	Выполнены регистрация электрокардиограммы, эхокардиография, холтеровское мониторирование сердечного ритма и суточное мониторирование артериального давления не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
19.	Выполнена компьютерная томография головного мозга или магнитно-резонансная томография головного мозга не реже 1 раза в 24 месяца	Да/Нет
20.	Выполнена магнитно-резонансная томография шейного отдела позвоночника не реже 1 раза в 24 месяца	Да/Нет
21.	Выполнена рентгенография шейного, грудного и поясничного отдела позвоночника, верхних и нижних конечностей не реже 1 раза в 36 месяцев	Да/Нет
22.	Выполнено назначение ферментной заместительной терапии с применением идурсульфазы или идурсульфазы бета в виде в/в инфузии еженедельно	Да/Нет
23.	Выполнен 6-минутный тест с ходьбой при условии возможности выполнения пациентом (если не проводился последние 6 мес.)	Да/Нет

3.4.35.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при мукополисахаридозе тип 2 (коды по МКБ - 10: E76.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование (выявление мутаций в гене IDS) пациентам со сниженной активностью	Да/Нет

	идуронатсульфатазы в плазме крови или пятнах высушенной крови (при установлении диагноза)	
2.	Выполнено определение активности идуронатсульфатазы в плазме крови или пятнах высушенной крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено электрофоретическое исследование гликозаминогликанов мочи (при установлении диагноза и не реже 1 раза в 6 месяцев)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога (при наличии патологии сердечно-сосудистой систем, если не проводился последние 6 мес.)	Да/Нет
5.	Выполнена консультация врачом-оториноларингологом (при наличии патологии ЛОР-органов или верхних дыхательных путей и если не проводилась последние 6 мес.)	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога (при наличии патологии со стороны центральной нервной системы (если не проводился последние 3 мес.)	Да/Нет
7.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
8.	Выполнены прием (осмотр, консультация) врача-сурдолога и тональная аудиометрия не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
9.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда (при наличии патологии со стороны опорно-двигательного аппарата (если не проводился последние 6 мес.)	Да/Нет
10.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга (при наличии патологии, требующей хирургического вмешательства)	Да/Нет
11.	Выполнена консультация врачом-пульмонологом (при наличии патологии бронхолегочной системы)	Да/Нет
12.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий и прямой билирубин, холестерин, триглицериды) не реже 1 раза в 6 месяцев	Да/Нет
13.	Выполнен общий (клинический) анализ крови не реже 1 раза в 2 месяца	Да/Нет
14.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (если не проводился в предшествующие 3 месяца)	Да/Нет
15.	Выполнена компьютерная томография головного мозга или магнитно-резонансная томография головного мозга не реже 1 раза в 24 месяца	Да/Нет
16.	Выполнена магнитно-резонансная томография шейного отдела позвоночника не реже 1 раза в 24 месяца	Да/Нет
17.	Выполнена рентгенография шейного, грудного и поясничного отдела позвоночника, верхних и нижних конечностей не реже 1 раза в 36 месяцев	Да/Нет
18.	Выполнено определение функции внешнего дыхания не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
19.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
20.	Выполнены регистрация электрокардиограммы, эхокардиография, холтеровское мониторирование сердечного ритма и суточное мониторирование артериального давления не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
21.	Выполнено назначение ферментной заместительной терапии с применением идурсульфазы или идурсульфазы бета в виде в/в инфузии еженедельно	Да/Нет

22.	Выполнен 6-минутный тест с ходьбой при условии возможности выполнения пациентом (если не проводился последние 6 мес.)	Да/Нет
-----	---	--------

3.4.36.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при мукополисахаридозе тип 6 (коды по МКБ - 10: E76.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение уровня гликозаминогликана мочи (при установлении диагноза), (если не проводилось в предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет
2.	Выполнено определение активности арилсульфатазы В в плазме крови или пятнах высушенной крови и/или молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене ARSB (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено назначение ферментной заместительной терапии галсульфазой в виде внутривенной инфузии еженедельно (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (если не проводилась предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография (если не проводилась предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет
6.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма (если не проводилось предшествующие 12 месяцев)	Да/Нет
7.	Выполнено суточное мониторирование артериального давления (если не проводилось предшествующие 12 месяцев)	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (если не проводилось последние 12 месяцев для определения размеров печени и селезенки)	Да/Нет
9.	Выполнена рентгенография шейного и/или грудного, и/или поясничного отдела позвоночника, и/или рентгенография верхних конечностей, и/или рентгенография нижних конечностей (если не проводилась последние 12 месяцев при тяжелых формах, 24 месяца при легких формах)	Да/Нет
10.	Выполнена магнитно-резонансная томография и/или компьютерная томографии головного мозга (если не проводилась последние 24 месяцев)	Да/Нет
11.	Выполнена магнитно-резонансная томография и/или компьютерная томографии шейного отдела позвоночника (если не проводилась последние 24 месяцев)	Да/Нет
12.	Выполнено исследование спровоцированных/неспровоцированных дыхательных объемов (если не проводилось последние 6 месяцев, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Выполнен кардиореспираторный мониторинг (если не проводился последние 12 месяцев)	Да/Нет

14.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача сурдолога-оториноларинголога первичный (если не проводился последние 12 месяцев)	Да/Нет
15.	Выполнена аудиометрия (если не проводилась последние 12 месяцев)	Да/Нет
16.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (если не проводился последние 12 месяцев)	Да/Нет
17.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза и при планировании беременности в семье)	Да/Нет
18.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный (при наличии патологии сердечно-сосудистой системы, если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
19.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный (при наличии патологии со стороны ЛОР-органов и/или верхних дыхательных путей, если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
20.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (при наличии патологии со стороны центральной нервной системы, если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
21.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (при наличии патологии со стороны опорно-двигательного аппарата, если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
22.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный (при наличии патологии, требующей хирургического вмешательства)	Да/Нет
23.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный (при наличии патологии со стороны дыхательной системы)	Да/Нет
24.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный (если не проводилась последние 6 месяцев)	Да/Нет
25.	Выполнен осмотр (консультация) врача-физиотерапевта (если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
26.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре (если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
27.	Выполнен 6-ти минутный тест с ходьбой (если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
28.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, общий билирубин, связанный (конъюгированный) билирубин, холестерин, триглицериды) (если не проводился в предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет
29.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (если не проводился в предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет

3.4.36.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при мукополисахаридозе тип 6 (коды по МКБ - 10: E76.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение уровня гликозаминогликана мочи (при установлении диагноза), (если не проводилось в предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет
2.	Выполнено определение активности арилсульфатазы В в плазме крови или пятнах высушенной крови и/или молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене ARSB (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Проведена ферментная заместительная терапия галсульфазой в виде внутривенной инфузии еженедельно (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (если не проводилась предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография (если не проводилась предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет
6.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма (если не проводилось предшествующие 12 месяцев)	Да/Нет
7.	Выполнено суточное мониторирование артериального давления (если не проводилось предшествующие 12 месяцев)	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (если не проводилось последние 12 месяцев для определения размеров печени и селезенки)	Да/Нет
9.	Выполнена рентгенография шейного и/или грудного, и/или поясничного отдела позвоночника, и/или рентгенография верхних конечностей, и/или рентгенография нижних конечностей (если не проводилась последние 12 месяцев при тяжелых формах, 24 месяца при легких формах)	Да/Нет
10.	Выполнена магнитно-резонансная томография и/или компьютерная томографии головного мозга (если не проводилась последние 24 месяцев)	Да/Нет
11.	Выполнена магнитно-резонансная томография и/или компьютерная томографии шейного отдела позвоночника (если не проводилась последние 24 месяцев)	Да/Нет
12.	Выполнено исследование спровоцированных/неспровоцированных дыхательных объемов (если не проводилось последние 6 месяцев, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Выполнен кардиореспираторный мониторинг (если не проводился последние 12 месяцев)	Да/Нет
14.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача сурдолога-оториноларинголога первичный (если не проводился последние 12 месяцев)	Да/Нет
15.	Выполнена аудиометрия (если не проводилась последние 12 месяцев)	Да/Нет

16.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (если не проводился последние 12 месяцев)	Да/Нет
17.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза и при планировании беременности в семье)	Да/Нет
18.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный (при наличии патологии сердечно-сосудистой системы, если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
19.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный (при наличии патологии со стороны ЛОР-органов и/или верхних дыхательных путей, если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
20.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (при наличии патологии со стороны центральной нервной системы, если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
21.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (при наличии патологии со стороны опорно-двигательного аппарата, если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
22.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный (при наличии патологии, требующей хирургического вмешательства)	Да/Нет
23.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный (при наличии патологии со стороны дыхательной системы)	Да/Нет
24.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный (если не проводилась последние 6 месяцев)	Да/Нет
25.	Выполнен осмотр (консультация) врача-физиотерапевта (если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
26.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре (если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
27.	Выполнен 6-ти минутный тест с ходьбой (если не проводился последние 6 месяцев)	Да/Нет
28.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий билирубин, связанный (конъюгированный) билирубин, холестерин, триглицериды) (если не проводился в предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет
29.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (если не проводился в предшествующие 6 месяцев)	Да/Нет

3.4.37.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при мукополисахаридозе тип 6 (коды по МКБ - 10: E76.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика (при установлении диагноза и при планировании беременности в семье)	Да/Нет

2.	Выполнено определение активности арилсульфатазы В и молекулярно-генетическое исследование гена ARSB (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено электрофоретическое исследование гликозаминогликанов мочи (при установлении диагноза и не реже 1 раза в 6 месяцев)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога (при наличии патологии сердечно-сосудистой систем, если не проводился последние 6 мес.)	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога (при наличии патологии ЛОР-органов или верхних дыхательных путей и если не проводилась последние 6 мес.)	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога (при наличии патологии со стороны центральной нервной системы (если не проводился последние 3 мес.)	Да/Нет
7.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-терапевта	Да/Нет
9.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда (при наличии патологии со стороны опорно-двигательного аппарата, если не проводился последние 6 мес.)	Да/Нет
10.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга (при наличии патологии, требующей хирургического вмешательства)	Да/Нет
11.	Выполнен прием (осмотр, консультация) пульмонолога (при наличии патологии бронхолегочной системы)	Да/Нет
12.	Выполнен анализ крови: биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий и прямой билирубин, холестерин, триглицериды) не реже 1 раза в 6 месяцев	Да/Нет
13.	Выполнен общий (клинический) анализ крови не реже 1 раза в 2 месяца	Да/Нет
14.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (если не проводился в предшествующие 3 месяца)	Да/Нет
15.	Выполнена компьютерная томография головного мозга или магнитно-резонансная томография головного мозга не реже 1 раза в 24 месяца	Да/Нет
16.	Выполнена магнитно-резонансная томография шейного отдела позвоночника не реже 1 раза в 24 месяца	Да/Нет
17.	Выполнена рентгенография шейного, грудного и поясничного отдела позвоночника, верхних и нижних конечностей не реже 1 раза в 36 месяцев	Да/Нет
18.	Выполнена тональная аудиометрия не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
19.	Выполнено определение функции внешнего дыхания не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
20.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
21.	Выполнена регистрация электрокардиограммы не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
22.	Выполнена эхокардиография не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
23.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
24.	Выполнено суточное мониторирование артериального давления не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет

25.	Выполнено назначение ферментной заместительной терапии галсульфазой внутривенно еженедельно	Да/Нет
-----	---	--------

3.4.37.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при мукополисахаридозе тип 6 (коды по МКБ - 10: E76.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено электрофоретическое исследование гликозаминогликанов мочи (при установлении диагноза и не реже 1 раза в 6 месяцев)	Да/Нет
2.	Выполнено определение активности арилсульфатазы В и молекулярно-генетическое исследование гена ARSB (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога (при наличии патологии сердечно-сосудистой систем, если не проводился последние 6 мес.)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога (при наличии патологии со стороны центральной нервной системы, если не проводился последние 3 мес.)	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-терапевта	Да/Нет
7.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда (при наличии патологии со стороны опорно-двигательного аппарата, если не проводился последние 6 мес.)	Да/Нет
8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога (при наличии патологии ЛОР-органов или верхних дыхательных путей и если не проводилась последние 6 мес.)	Да/Нет
9.	Выполнена консультация врачом-пульмонологом (при наличии патологии со стороны бронхолегочной системы)	Да/Нет
10.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга (при наличии патологии, требующей хирургического вмешательства)	Да/Нет
11.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий и прямой билирубин, холестерин, триглицериды) не реже 1 раза в 6 месяцев	Да/Нет
12.	Выполнен общий (клинический) анализ крови не реже 1 раза в 2 месяца	Да/Нет
13.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (если не проводился в предшествующие 3 месяца)	Да/Нет
14.	Выполнена компьютерная томография головного мозга или магнитно-резонансная томография головного мозга не реже 1 раза в 24 месяца	Да/Нет
15.	Выполнена магнитно-резонансная томография шейного отдела позвоночника не реже 1 раза в 24 месяца	Да/Нет
16.	Выполнена рентгенография шейного, грудного и поясничного отдела позвоночника, верхних и нижних конечностей не реже 1 раза в 36 месяцев	Да/Нет
17.	Выполнена тональная аудиометрия не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
18.	Выполнено определение функции внешнего дыхания не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
19.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет

20.	Выполнена регистрация электрокардиограммы не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
21.	Выполнена эхокардиография не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
22.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
23.	Выполнено суточное мониторирование артериального давления не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
24.	Проводится ферментная заместительная терапия галсульфазой внутривенно еженедельно	Да/Нет
25.	Выполнен 6-минутный тест с ходьбой при условии возможности выполнения пациентом (если не проводился последние 6 мес.)	Да/Нет

3.4.38.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при кистозном фиброзе (муковисцидозе) (коды по МКБ - 10: E84)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение активности панкреатической эластазы-1 в кале (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено определение активности панкреатической эластазы-1 в кале (при сохранной экзокринной функции поджелудочной железы с панкреатической эластазой-1 более 200 мкг в г кала) не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога первичный или прием (осмотр, консультация) врача-диетолога первичный или прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный, прошедшего обучение на тематическом цикле по муковисцидозу (при наличии белково-энергетической недостаточности)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный (при обострении хронического синусита, если прием не был выполнен в предшествующие 12 месяцев)	Да/Нет
5.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (фарингеальный мазок или индуцированная мокрота или трахеальный аспират) (не реже 1 раза в 3 месяца)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование спровоцированных/неспровоцированных дыхательных объемов (пациенту старше 5 лет, если не было выполнено в предшествующие 3 месяца)	Да/Нет
7.	Выполнено назначение ферментозаместительной терапии панкреатином в виде минимикросфер с кислотоустойчивой оболочкой (при снижении уровня панкреатической эластазы-1 в кале менее 200 мкг в г кала, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.4.38.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при кистозном фиброзе (муковисцидоз) (коды по МКБ - 10: E84)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение активности панкреатической эластазы-1 в кале (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено определение активности панкреатической эластазы-1 в кале (при сохранной экзокринной функции поджелудочной железы с панкреатической эластазой-1 более 200 мкг в г кала) не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет

3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога первичный или прием (осмотр, консультация) врача-диетолога первичный или прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный, прошедшего обучение на тематическом цикле по муковисцидозу (при наличии белково-энергетической недостаточности)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный (при обострении хронического синусита, если прием не был выполнен в предшествующие 12 месяцев)	Да/Нет
5.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (фарингеальный мазок или индуцированная мокрота или трахеальный аспират) (не реже 1 раза в 3 месяца)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование спровоцированных/неспровоцированных дыхательных объемов (пациенту старше 5 лет, если не было выполнено в предшествующие 3 месяца)	Да/Нет
7.	Проведена антибактериальная терапия не менее, чем двумя антибактериальными препаратами системного действия внутривенно (при тяжелом обострении со стороны дыхательного тракта, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена ферментозаместительная терапия панкреатином в виде минимикросфер с кислотоустойчивой оболочкой (при снижении уровня панкреатической эластазы-1 в кале менее 200 мкг в г кала, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.5. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при психических расстройствах и расстройствах поведения

3.5.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при когнитивных расстройствах у пациентов пожилого и старческого возраста (коды по МКБ - 10: F00-03, G30-31, I67-69)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза не только у пациентов, но и у информаторов	Да/Нет
2.	Выполнена оценка наличия депрессии (шкала Гамильтона и/или, госпитальная шкала тревоги и депрессии и/или гериатрическая шкала депрессии и/или нейропсихиатрический опросник) и тревоги (госпитальная шкала тревоги и депрессии и/или нейропсихиатрический опросник)	Да/Нет
3.	Выполнено определение уровня витамина В12 (цианокобаламин) в крови	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография головного мозга или магнитно-резонансная томография головного мозга	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-терапевта	Да/Нет
7.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при постинсультном СКР)	Да/Нет
8.	Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
10.	Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина в крови	Да/Нет

11.	Выполнено исследование уровня фолиевой кислоты в сыворотке крови	Да/Нет
12.	Выполнены исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови	Да/Нет
13.	Выполнены исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови	Да/Нет
14.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
15.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
16.	Выполнена оценка влияния когнитивных нарушений на повседневную активность пациентов	Да/Нет
17.	Выполнена электроэнцефалография (при наличии пароксизмальных расстройств сознания, быстром прогрессировании когнитивных нарушений)	Да/Нет
18.	Даны рекомендации по контролю артериального давления в зависимости от тяжести когнитивного расстройства и возраста пациента	Да/Нет
19.	Выполнена консультация специалиста по социальной помощи пациентам с тяжелыми когнитивными расстройствами	Да/Нет
20.	Назначена немедикаментозная коррекция некогнитивных нервно-психических расстройств	Да/Нет
21.	Выполнено назначение базисных препаратов для лечения деменции (донепезил или ривастигмин или галантамин и/или мемантин в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
22.	Выполнено клиничко-психологическое консультирование	Да/Нет
23.	Проведена эрготерапия	Да/Нет
24.	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови и определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови (при торпидном прогрессировании)	Да/Нет
25.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови (при торпидном прогрессировании)	Да/Нет
26.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови (при торпидном прогрессировании)	Да/Нет
27.	Выполнено определение антител к возбудителям иксодовых клещевых боррелиозов группы Borrelia burgdorferi sensu lato в крови (при торпидном прогрессировании)	Да/Нет
28.	Разработаны рекомендации по когнитивному тренингу	Да/Нет
29.	Даны рекомендации по рациону питания и рекомендуемым продуктам	Да/Нет
30.	Даны рекомендации по физической активности	Да/Нет
31.	Выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий (при подозрении на церебро-васкулярные заболевания)	Да/Нет
32.	Уточнена сопутствующая медикаментозная терапия, включая растительные препараты, витамины и биологически активные добавки, их дозы и регулярность приема	Да/Нет

3.5.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при когнитивных расстройствах у пациентов пожилого и старческого возраста (коды по МКБ - 10: F00-03, G30-31, I67-69)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение уровня витамина В12 (цианокобаламин) в крови	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография головного мозга или магнитно-резонансная томография головного мозга	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-терапевта	Да/Нет
5.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб при патологии центральной нервной системы и головного мозга	Да/Нет
6.	Выполнена оценка наличия депрессии (шкала Гамильтона и/или, госпитальная шкала тревоги и депрессии и/или гериатрическая шкала депрессии и/или нейропсихиатрический опросник) и тревоги (госпитальная шкала тревоги и депрессии и/или нейропсихиатрический опросник).	Да/Нет
7.	Комплексная гериатрическая оценка функционального и когнитивного статуса	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина в крови	Да/Нет
9.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при постинсультном СКР)	Да/Нет
10.	Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический (при установлении диагноза)	Да/Нет
11.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня гомоцистеина в крови	Да/Нет
13.	Выполнено исследование уровня фолиевой кислоты в сыворотке крови	Да/Нет
14.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
15.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
16.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
17.	Выполнена оценка влияния когнитивных нарушений на повседневную активность пациентов	Да/Нет
18.	Выполнена электроэнцефалография (при наличии пароксизмальных состояний и быстром прогрессировании)	Да/Нет
19.	Даны рекомендации по контролю артериального давления в зависимости от тяжести когнитивного расстройства и возраста пациента	Да/Нет
20.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога	Да/Нет
21.	Назначена немедикаментозная коррекция некогнитивных нервно-психических расстройств	Да/Нет
22.	Выполнено назначение базисных препаратов для лечения деменции (донепезил или ривастигмин или галантамин и/или мемантин в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
23.	Выполнено клиничко-психологическое консультирование	Да/Нет
24.	Выполнена эрготерапия (при наличии пароксизмальных состояний и быстром прогрессировании)	Да/Нет
25.	Выполнено определение антител к возбудителям иксодовых клещевых боррелиозов группы <i>Borrelia burgdorferi sensu lato</i> в крови (при наличии пароксизмальных состояний и быстром прогрессировании)	Да/Нет

26.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови	Да/Нет
27.	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	Да/Нет
28.	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	Да/Нет
29.	Разработаны рекомендации по когнитивному тренингу	Да/Нет
30.	Даны рекомендации по рациону питания и рекомендуемым продуктам	Да/Нет
31.	Разработаны рекомендации по физической активности	Да/Нет
32.	Выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий (при подозрении на цереброваскулярные заболевания)	Да/Нет
33.	Уточнена сопутствующая медикаментозная терапия, включая растительные препараты, витамины и биологически активные добавки, их дозы и регулярность приема	Да/Нет
34.	Выполнено исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови	Да/Нет
35.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови	Да/Нет

3.5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при органических, включая симптоматические, психических расстройствах (коды по МКБ-10: F00 - F09)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено развернутое клинико-психопатологическое обследование	Да/Нет
2.	Выполнена электроэнцефалография	Да/Нет
3.	Выполнена рентгенография черепа и/или компьютерная томография головы и/или магнитно-резонансная томография головного мозга (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено определение наличия и уровня лекарственных препаратов и/или психоактивных веществ и/или их метаболитов в моче не позднее 24 часов от момента поступления в стационар (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы психолептики и/или психоаналептики (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Достигнута стойкая редукция психопатологической симптоматики на момент выписки из стационара	Да/Нет
7.	Достигнуто повышение уровня социального и трудового функционирования на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.5.3. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при шизофрении (коды по МКБ - 10: F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено клинико-психологическое психодиагностическое обследование (включая сбор субъективного и объективного анамнеза, оценку суицидального риска и психологическое тестирование)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врачом-терапевтом первичный и/или врачом-неврологом первичный (для исключения сопутствующей патологии и других факторов риска)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови	Да/Нет
7.	Выполнено измерение массы тела с вычислением индекса массы тела	Да/Нет
8.	Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический	Да/Нет
9.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови	Да/Нет
10.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
11.	Выполнена электроэнцефалография	Да/Нет
12.	Выполнено патопсихологическое-экспериментальное-психологическое (психодиагностическое) исследование	Да/Нет
13.	Назначена терапия антипсихотическими средствами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
14.	Проведена терапия по коррекции нейролептической терапии, включающая назначение препаратов, влияющих на парасимпатическую нервную систему (антихолинэргические средства) (при развитии экстрапирамидных побочных симптомов антипсихотической фармакотерапии, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
15.	Проведена дополнительная терапия другими препаратами из группы психолептики и/или психоаналептики в зависимости от клинических показаний (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16.	Проведена курсовая терапия клозапином в терапевтических дозах (при отсутствии эффекта двух курсов антипсихотической фармакотерапии длительностью 4-6 недель, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17.	Проведена школа психосоциальной адаптации для больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения и их родственников (в зависимости от медицинских показаний)	Да/Нет
18.	Проведен подбор терапии антипсихотическими средствами, включая инъекционные пролонгированные лекарственные формы (при недостаточной комплаентности больного, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
19.	Проводен регулярный (ежемесячный) мониторинг массы тела, содержания липидов, глюкозы и пролактина (при наличии клинических проявлений синдрома гиперпролактинемии) в крови при проведении длительной антипсихотической фармакотерапии	Да/Нет
20.	Выполнено измерение массы тела ежемесячно (при наличии клинических проявлений синдрома гиперпролактинемии, при проведении длительной антипсихотической фармакотерапии)	Да/Нет

21.	Выполнено исследование уровня пролактина в крови ежемесячно (при наличии клинических проявлений синдрома гиперпролактинемии, при проведении длительной антипсихотической фармакотерапии)	Да/Нет
22.	Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический ежемесячно (при наличии клинических проявлений синдрома гиперпролактинемии, при проведении длительной антипсихотической фармакотерапии)	Да/Нет
23.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови ежемесячно (при наличии клинических проявлений синдрома гиперпролактинемии, при проведении длительной антипсихотической фармакотерапии)	Да/Нет

3.5.4. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при фебрильной кататонии (коды по МКБ - 10: F20.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врачом-психиатром первичный	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врачом-терапевтом первичный (для исключения текущего воспалительного соматического или неврологического заболевания)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врачом-неврологом первичный (для исключения текущего воспалительного соматического или неврологического заболевания)	Да/Нет
4.	Выполнен перевод пациента в отделение реанимации и интенсивной терапии (при необходимости проведения интенсивной терапии)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня общего белка в крови	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня альбумина в крови	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня натрия в крови	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня калия в крови	Да/Нет
9.	Выполнено исследование уровня водородных ионов (рН) крови	Да/Нет
10.	Выполнена оценка гематокрита	Да/Нет
11.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
12.	Проведено назначение инфузионной терапии кровезаменителями и перфузионными растворами (при коррекции параметров гомеостаза и гемодинамики, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Проведена электросудорожная терапия	Да/Нет
14.	Проведен плазмаферез	Да/Нет

3.5.5. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при биполярном аффективном расстройстве (коды по МКБ - 10: F31, F31.0, F31.1, F31.2, F31.3, F31.30, F31.31, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7, F31.8, F31.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный при поступлении.	Да/Нет
2.	Выполнено установление синдромального диагноза депрессии, мании или смешанного эпизода (после первичного психиатрического осмотра в соответствии с критериями МКБ-10)	Да/Нет
3.	Выполнен скрининг на наличие гипоманий в анамнезе с использованием валидизированной русскоязычной версии шкалы	Да/Нет

	"Опросник для выявления гипомании" (HCL-32) (у пациентов с первичным или повторным депрессивным эпизодом)	
4.	Выполнен целенаправленный клинический опрос пациента (у пациентов с положительным результатом скрининга по шкале HCL-32)	Да/Нет
5.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза (объективный и субъективный) в психиатрии	Да/Нет
6.	Выполнено установление клинического диагноза биполярное аффективное расстройство в соответствии с критериями МКБ-10 (после получения детальных анамнестических субъективных и объективных данных)	Да/Нет
7.	Соблюдена последовательность действий алгоритма при купировании маниакального состояния при биполярном аффективном расстройстве	Да/Нет
8.	Соблюдена последовательность действий алгоритма при купировании депрессии при биполярном аффективном расстройстве	Да/Нет
9.	Соблюдена последовательность действий алгоритма при купировании смешанного состояния при БАР	Да/Нет
10.	Проведено назначение нормотимической терапии в соответствии с алгоритмом профилактической (противорецидивной) терапии биполярного аффективного расстройства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Соблюдена последовательность действий алгоритма при развитии быстроциклического течения	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня лития в крови (при назначении препаратов группы лития)	Да/Нет

3.5.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при депрессивном эпизоде, рекуррентом депрессивном расстройстве (коды по МКБ - 10: F32, F33)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный при поступлении	Да/Нет
2.	Выполнено клинико-психологическое психодиагностическое обследование	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня креатинина в крови	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня креатинина в моче	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня общего билирубина в крови	Да/Нет
8.	Выполнено определение активности аспартатаминотрансферазы в крови	Да/Нет
9.	Выполнено определение активности аланинаминотрансферазы в крови	Да/Нет
10.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови	Да/Нет
11.	Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови	Да/Нет
13.	Выполнено исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови	Да/Нет
14.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет

15.	Выполнена электроэнцефалография	Да/Нет
16.	Выполнена реоэнцефалография	Да/Нет
17.	Выполнена ультразвуковая доплерография транскраниальная артерий методом мониторинга	Да/Нет
18.	Выполнена компьютерная томография головного мозга или магнитно-резонансная томография головного мозга	Да/Нет
19.	Выполнен прием (осмотр, консультация) медицинского психолога первичный	Да/Нет
20.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	Да/Нет
21.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	Да/Нет
22.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	Да/Нет
23.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный	Да/Нет
24.	Выполнено определение уровня свободного трийодтиронина (СТ3) в крови	Да/Нет
25.	Выполнено определение уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови	Да/Нет

3.5.7. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при обсессивно-компульсивном расстройстве (коды по МКБ - 10: F42 (F42.0, F42.1, F42.2, F42.8, F42.9))

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Проведено клиническое обследование (при исключении сопутствующей патологии и других факторов риска, при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня общего трийодтиронина (Т3) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня свободного трийодтиронина (СТ3) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнено исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
11.	Выполнен электроэнцефалография (при установлении диагноза)	Да/Нет
12.	Выполнена электрокардиография (при установлении диагноза)	Да/Нет
13.	Выполнено клинико-психологическое психодиагностическое обследование (при установлении диагноза)	Да/Нет
14.	Проведена коррекция терапии (при отсутствии или недостаточной выраженности эффекта терапии первого выбора (наличие терапевтической резистентности))	Да/Нет

3.5.8. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при

тревожно-фобическом расстройстве (коды по МКБ - 10: F40)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Проведена оценка суицидального риска (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено клиничко-психологическое психодиагностическое обследование (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня общего трийодтиронина (Т3) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнено исследование уровня свободного трийодтиронина (СТ3) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
11.	Выполнено исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
12.	Выполнена электроэнцефалография (при установлении диагноза)	Да/Нет
13.	Выполнено дуплексное сканирование транскраниальное артерий и вен (при установлении диагноза)	Да/Нет
14.	Выполнена электрокардиография (при установлении диагноза)	Да/Нет
15.	Назначены лекарственные препараты при заболеваниях психической сферы: антидепрессанты и/или производные бензодиазепа (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16.	Проведен анализ эффективности и переносимости назначенной терапии на 7-14-28 день и далее ежемесячно	Да/Нет
17.	Проведена смена терапии (при отсутствии эффективности или непереносимости терапии)	Да/Нет
18.	Проведена психотерапия	Да/Нет

3.5.9. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при паническом расстройстве (коды по МКБ - 10: F41.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный	Да/Нет
2.	Выполнена оценка риска суицидального поведения	Да/Нет
3.	Выполнено патопсихологическое-экспериментальное-психологическое (психодиагностическое) исследование	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня трийодтиронина (Т3) в крови	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня свободного трийодтиронина (СТ3) в крови	Да/Нет

9.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови	Да/Нет
10.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
11.	Выполнено исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови	Да/Нет
12.	Выполнена электроэнцефалография	Да/Нет
13.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
14.	Выполнена расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	Да/Нет
15.	Назначены лекарственные препараты при заболеваниях психической сферы: антидепрессанты и/или производные бензодиазепина (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16.	Проведен анализ эффективности и переносимости назначенной терапии на 7-14-28 день и далее ежемесячно	Да/Нет
17.	Проведена смена терапии (при отсутствии эффективности или непереносимости терапии)	Да/Нет
18.	Проведена психотерапия	Да/Нет

3.5.10. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при генерализованном тревожном расстройстве (коды по МКБ - 10: F41.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено клинико-психологическое психодиагностическое обследование (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня трийодтиронина (Т3) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня свободного трийодтиронина (СТ3) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнено исследование уровня свободного (при установлении диагноза) тироксина (СТ4) сыворотки крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза) (при установлении диагноза)	Да/Нет
11.	Выполнена электроэнцефалография (при установлении диагноза)	Да/Нет
12.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза)	Да/Нет
13.	Выполнена расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	Да/Нет
14.	Выполнена оценка суицидального риска (при установлении диагноза)	Да/Нет
15.	Проведено назначение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, венлафаксина, дулоксетина или прегабалина (в	Да/Нет

	зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
16.	Проведен анализ эффективности и переносимости назначенной терапии на 7-14-28 день и далее ежемесячно	Да/Нет
17.	Проведена смена терапии (при отсутствии эффективности или непереносимости терапии)	Да/Нет
18.	Проведена психотерапия	Да/Нет

3.5.11. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при специфическом расстройстве личности (коды по МКБ - 10: F60.0, F60.1, F60.2, F60.3, F60.4, F60.5, F60.6, F60.7, F60.8, F60.9, F61)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный	Да/Нет
2.	Выполнено патопсихологическое-экспериментальное-психологическое (психодиагностическое) исследование	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (при указании в анамнезе на органические вредности: травмы головы, нейроинфекции, интоксикацию психо-активными веществами)	Да/Нет
4.	Выполнено назначенное лечение терапии антипсихотическими средствами (при наличии психотической симптоматики и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено назначенное лечение терапии ламотриджином (при наличии у лиц с пограничным расстройством личности импульсивности, агрессивности, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено назначенное лечение лекарственными препаратами группы антидепрессанты (при наличии тревожно-депрессивной симптоматики, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено назначенное лечение терапии циталопрамом или сертралином (при наличии депрессивной симптоматики, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведено назначенное лечение долгосрочной психотерапии	Да/Нет

3.5.12. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при умственной отсталости (коды по МКБ - 10: F70 - F79)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено развернутое клинико-психопатологическое обследование	Да/Нет
2.	Выполнено обследование по методике Векслера или Равена	Да/Нет
3.	Проведена терапия ноотропными лекарственными препаратами и группы психостимуляторов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Достигнуто повышение уровня социального функционирования на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.5.13. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при умственной отсталости (коды по МКБ - 10: F70, F71, F72, F73, F78, F79)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный (всем пациентам, у которых диагноз был установлен до 18 лет при подтверждении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза (объективный и субъективный) в психиатрии (при установлении или подтверждении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный пациентам (для оценки наличия соматической и неврологической патологии)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (для оценки наличия соматической и неврологической патологии)	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика (при диагностике дифференцированных форм умственной отсталости)	Да/Нет
6.	Выполнена рентгенография всего черепа в одной или нескольких проекциях	Да/Нет
7.	Выполнен комплекс клиничко-психологических исследований для определения характера высших психических функций, эмоций, личности	Да/Нет
8.	Выполнена разработка программы социально-реабилитационной работы или индивидуальная программа психологической реабилитации (лиц с умственной отсталостью)	Да/Нет
9.	Проведена групповая психообразовательная работа с родственниками больного с психическим расстройством и расстройством поведения (с родителями (законными представителями) молодых инвалидов с умственной отсталостью)	Да/Нет
10.	Проведена клиничко-социальная трудотерапия в условиях медико-реабилитационного отделения психоневрологического диспансера	Да/Нет
11.	Выполнена диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-психиатра (лиц с умственной отсталостью, находящихся под наблюдением психоневрологического диспансера в поликлинике по месту жительства)	Да/Нет

3.5.14. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при расстройстве аутистического спектра (коды по МКБ - 10: F84.0, F84.1, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-педиатра участкового с применением опросника М-СНАТ-R/F (при установлении диагноза в возрасте от 16 до 30 месяцев)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского или прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (после установления клинического диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача сурдолога-оториноларинголога или прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	Да/Нет
5.	Выполнена объективная аудиометрия	Да/Нет
6.	Выполнено семейное клиничко-психологическое консультирование	Да/Нет
7.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского психиатра или прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского участкового при наличии установленного диагноза не реже 1 раза в год	Да/Нет

3.5.15. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при

острой интоксикации психоактивными веществами (коды по МКБ - 10: F10.0; F11.0; F12.0; F13.0; F14.0; F15.0; F16.0; F17.0; F18.0; F19.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, гаммаглутамилтрансфераза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий белок, мочевины, креатинин, глюкоза, натрий, калий)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога и/или осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом (не позднее 30 минут от момента поступления в стационар)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (не позднее 2 часов от момента поступления в стационар)	Да/Нет
6.	Выполнено восстановление проходимости дыхательных путей и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня этанола в выдыхаемом воздухе или исследование уровня этанола в слюне или исследование уровня этанола, метанола в крови или определение психоактивных веществ в моче или определение психоактивных веществ в слюне или определение психоактивных веществ в крови	Да/Нет
8.	Выполнено мониторирование показателей жизненно важных функций (дыхание, артериальное давление, частота сердечных сокращений, диурез)	Да/Нет
9.	Достигнуто восстановление сознания и жизненно важных функций на момент выписки из отделения/стационара.	Да/Нет
10.	Проведена терапия адсорбирующими кишечными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Проведена терапия растворами, влияющими на водно-электролитный баланс (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Проведена терапия анксиолитиками (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Проведена терапия антидотами («опиоидных рецепторов антагонистом» при интоксикации опиоидами или «бензодиазепинов антагонистом» при интоксикации бензодиазепинами) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
14.	Проведена терапия препаратами янтарной кислоты, включенных в группы лекарственных препаратов «прочие препараты для лечения заболеваний нервной системы» и «растворы, влияющие на электролитный баланс» (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.5.16. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ. Абстинентное состояние (синдром отмены) с делирием (коды по МКБ - 10: F10.4; F13.4; F19.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, гамма-глутамилтрансфераза, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, общий белок, мочеви́на, креатинин, глюкоза, натрий, калий)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога (не позднее 1 часа от момента поступления в стационар)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (не позднее 24 часов от момента поступления в стационар)	Да/Нет
6.	Выполнено круглосуточное наблюдение за пациентом и лечебно-охранительный режим	Да/Нет
7.	Выполнено определение показателей жизненно важных функций (дыхание, артериальное давление, частота сердечных сокращений, диурез, температура) не менее 2 раз в 24 часа до момента купирования симптоматики синдрома отмены с делирием, указанной в диагностических критериях МКБ-10 (F1x.4, F05.)	Да/Нет
8.	Достигнуто устранение симптоматики синдрома отмены с делирием, указанной в диагностических критериях МКБ-10 (F1x.4, F05.)	Да/Нет
9.	Проведена терапия производными бензодиазепина и тиаминотрансферазы (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не позднее 2 часов с момента поступления в стационар)	Да/Нет

3.5.17.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ. Пагубное (с вредными последствиями) употребление (коды по МКБ - 10: F10.1, F11.1, F12.1, F13.1, F14.1, F15.1, F16.1, F17.1, F18.1, F19.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
4.	Выполнено количественное определение одной группы психоактивных веществ, в том числе наркотических средств и психотропных веществ, их метаболитов в моче иммунохимическим методом (при первичном скрининге на содержание психоактивных веществ)	Да/Нет
5.	Проведено мотивационное интервью, направленное на формирование, поддержание и усиление мотивации на отказ от приема психоактивных веществ и участие в лечебной программе	Да/Нет
6.	Выполнено клиничко-психологическое психодиагностическое обследование	Да/Нет

3.5.17.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ. Пагубное (с вредными последствиями) употребление (коды по МКБ - 10: F10.1, F11.1, F12.1, F13.1, F14.1, F15.1, F16.1, F17.1, F18.1, F19.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
4.	Выполнено количественное определение одной группы психоактивных веществ, в том числе наркотических средств и психотропных веществ, их метаболитов в моче иммунохимическим методом (при первичном скрининге на содержание психоактивных веществ)	Да/Нет
5.	Проведено мотивационное интервью, направленное на формирование, поддержание и усиление мотивации на отказ от приема психоактивных веществ и участие в лечебной программе	Да/Нет
6.	Выполнено клиничко-психологическое психодиагностическое обследование	Да/Нет

3.5.18. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ. Психотическое расстройство (коды по МКБ - 10: F10.5; F11.5; F12.5; F13.5, F14.5; F15.5; F16.5; F18.5; F19.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический (общий билирубин; гамма-глутамилтрансфераза, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, общий белок, мочевины, креатинин, глюкоза)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога (не позднее 1 часа от момента поступления в стационар)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
6.	Выполнено определение психоактивных веществ в моче или определение психоактивных веществ в слюне или определение психоактивных веществ в крови	Да/Нет
7.	Достигнуто устранение признаков психотического расстройства, вызванного употреблением ПАВ, в соответствии с критериями МКБ-10.	Да/Нет
8.	Проведена терапия антипсихотическими средствами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Проведена терапия растворами, влияющими на водно-электролитный баланс (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Проведена терапия психомоторного возбуждениям анксиолитиками (диазепамом) внутривенно или внутримышечно (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.6. Критерии оценки качества при болезнях нервной системы

3.6.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при проксимальной спинальной мышечной атрофии 5q (коды по МКБ - 10: G12.0, G12.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	Да/Нет

2.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене SMN1, включая определение числа копий гена SMN2	Да/Нет
3.	Выполнен (осмотр, консультация) врача-генетика первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-невролога (специалиста по нервно-мышечным заболеваниям) первичный	Да/Нет
4.	Выполнены функциональные жевательные пробы и оценка состоятельности глотания	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога первичный (при наличии жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта)	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-диетолога первичный (при наличии нарушений нутритивного статуса или в случае наличия угрозы развития недостаточного или избыточного питания)	Да/Нет
7.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (при наличии скелетных деформаций)	Да/Нет
8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный (при клинических признаках нарушений дыхания)	Да/Нет
9.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по паллиативной медицинской помощи первичный	Да/Нет
10.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре	Да/Нет
11.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (не реже 1 раз в год)	Да/Нет
12.	Выполнена рентгенография позвоночника, специальные исследования и проекции с измерением угла Кобба (при нарушениях осанки и/или видимых деформациях грудной клетки)	Да/Нет
13.	Выполнена рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника (пациенту старше 6 лет не реже 1 раз в год)	Да/Нет
14.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (не реже раз в 2 года)	Да/Нет
15.	Проведена лечебная физкультура при заболеваниях периферической нервной системы	Да/Нет
16.	Проведена лечебная физкультура при заболеваниях и травмах суставов	Да/Нет
17.	Проведен массаж грудной клетки медицинский (при наличии респираторных нарушений)	Да/Нет
18.	Проведена лечебная физкультура при заболеваниях верхних дыхательных путей (при наличии респираторных нарушений)	Да/Нет
19.	Проведена озокеритотерапия заболеваний периферической нервной системы (при наличии контрактур)	Да/Нет
20.	Назначена терапия кальция глюконатом и колекальциферолом (при наличии признаков остеопении или низкой концентрации витамина D в крови, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
21.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене SMN1, включая определение числа копий гена SMN2	Да/Нет
22.	Выполнен (осмотр, консультация) врача-генетика первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-невролога (специалиста по нервно-мышечным заболеваниям) первичный	Да/Нет

3.6.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при проксимальной спинальной мышечной атрофии 5q (коды по МКБ - 10: G12.0, G12.1)

№ п/п.	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	Да/Нет

2.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене SMN1, включая определение числа копий гена SMN2	Да/Нет
3.	Выполнен (осмотр, консультация) врача-генетика первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-невролога (специалиста по нервно-мышечным заболеваниям) первичный	Да/Нет
4.	Выполнено определение функционального класса больного (оценка двигательного статуса ребенка)	Да/Нет
5.	Выполнены функциональные жевательные пробы и оценка состоятельности глотания	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога первичный (при наличии жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта)	Да/Нет
7.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-диетолога первичный (при наличии нарушений нутритивного статуса или в случае наличия угрозы развития недостаточного или избыточного питания)	Да/Нет
8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (при наличии скелетных деформаций)	Да/Нет
9.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда повторный (при повторной госпитализации)	Да/Нет
10.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный (при клинических признаках нарушений дыхания)	Да/Нет
11.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по паллиативной медицинской помощи первичный	Да/Нет
12.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре	Да/Нет
13.	Выполнен осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	Да/Нет
14.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови	Да/Нет
15.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови	Да/Нет
16.	Выполнено исследование уровня 25-ОН витамина Д в крови	Да/Нет
17.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (не реже 1 раз в год)	Да/Нет
18.	Выполнена рентгенография позвоночника, специальные исследования и проекции с измерением угла Кобба (при нарушениях осанки и/или видимых деформациях грудной клетки)	Да/Нет
19.	Выполнена рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника (пациенту старше 6 лет не реже 1 раз в год)	Да/Нет
20.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (не реже раз в 2 года)	Да/Нет
21.	Выполнено отсасывание слизи из верхних дыхательных путей с использованием механического инсуфлятора-аспиратора (лежащим пациентам со СМА 5q и сидячим пациентам со СМА 5q с респираторными нарушениями, при неэффективном откашливании)	Да/Нет
22.	Выполнен чрескожный мониторинг парциального давления кислорода (во время ночного сна) (при спинальной мышечной атрофией 5q I типа, при спинальной мышечной атрофией II типа, при подозрениях на ночную гиповентиляцию и обструктивные апноэ сна)	Да/Нет
23.	Проведена лечебная физкультура при заболеваниях периферической нервной системы	Да/Нет
24.	Проведена лечебная физкультура при заболеваниях и травмах суставов	Да/Нет
25.	Проведен массаж грудной клетки медицинский (при наличии респираторных нарушений)	Да/Нет

26.	Проведена лечебная физкультура при заболеваниях верхних дыхательных путей (при наличии респираторных нарушений)	Да/Нет
27.	Проведена механотерапия при заболеваниях периферической нервной системы	Да/Нет
28.	Проведена озокеритотерапия заболеваний периферической нервной системы (при наличии контрактур)	Да/Нет
29.	Проведена терапия кальция глюконатом и колекальциферолом (при наличии признаков остеопении или низкой концентрации витамина D в крови, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
30.	Проведена установка назогастрального зонда (при нарушениях глотания)	Да/Нет
31.	Проведено кормление тяжелобольного пациента через назогастральный зонд (при нарушениях глотания)	Да/Нет
32.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене SMN1, включая определение числа копий гена SMN2	Да/Нет
33.	Выполнен (осмотр, консультация) врача-генетика первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-невролога (специалиста по нервно-мышечным заболеваниям) первичный	Да/Нет
34.	Выполнены функциональные жевательные пробы и оценка состоятельности глотания	Да/Нет
35.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога первичный (при наличии жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта)	Да/Нет
36.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-диетолога первичный (при наличии нарушений нутритивного статуса или в случае наличия угрозы развития недостаточного или избыточного питания)	Да/Нет
37.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (при наличии скелетных деформаций)	Да/Нет
38.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда повторный (при повторной госпитализации)	Да/Нет
39.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный (при клинических признаках нарушений дыхания)	Да/Нет
40.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по паллиативной медицинской помощи первичный	Да/Нет
41.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре	Да/Нет
42.	Выполнен осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	Да/Нет
43.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови	Да/Нет
44.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови	Да/Нет
45.	Выполнено исследование уровня 25-ОН витамина Д в крови	Да/Нет
46.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (не реже 1 раз в год)	Да/Нет
47.	Выполнена рентгенография позвоночника, специальные исследования и проекции с измерением угла Кобба (при нарушениях осанки и/или видимых деформациях грудной клетки)	Да/Нет
48.	Выполнена рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника (пациенту старше 6 лет не реже 1 раз в год)	Да/Нет
49.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (не реже раз в 2 года)	Да/Нет
50.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (пациентам старше 5 лет)	Да/Нет

51.	Выполнен кардиореспираторный мониторинг в стационаре (дистанционное наблюдение за показателями частоты сердечных сокращений и дистанционное наблюдение за функциональными нарушениями показателей внешнего дыхания) (всем пациентам со спинальной мышечной атрофией I и пациентам со спинальной мышечной атрофией II, старше 5 лет со снижением форсированного выдоха на 45% и более)	Да/Нет
52.	Выполнено отсасывание слизи из верхних дыхательных путей с использованием механического инсуфлятора-аспиратора (лежащим пациентам со СМА 5q и сидячим пациентам со СМА 5q с респираторными нарушениями, при неэффективном откашливании)	Да/Нет
53.	Выполнен чрескожный мониторинг парциального давления кислорода (во время ночного сна) (при спинальной мышечной атрофией 5q I типа, при спинальной мышечной атрофией II типа, при подозрениях на ночную гиповентиляцию и обструктивные апноэ сна)	Да/Нет
54.	Проведена лечебная физкультура при заболеваниях периферической нервной системы	Да/Нет
55.	Проведен массаж грудной клетки медицинский (при наличии респираторных нарушений)	Да/Нет
56.	Проведена лечебная физкультура при заболеваниях верхних дыхательных путей при наличии респираторных нарушений	Да/Нет
57.	Проведена лечебная физкультура при заболеваниях периферической нервной системы	Да/Нет
58.	Проведена механотерапия при заболеваниях периферической нервной системы	Да/Нет
59.	Проведена озокеритотерапия заболеваний периферической нервной системы (при наличии контрактур)	Да/Нет
60.	Проведена беседа с родителями пациента о сути заболевания, возможных осложнениях и его прогнозе	Да/Нет
61.	Проведена терапия кальция глюконатом и колекальциферолом (при наличии признаков остеопении или низкой концентрации витамина D в крови, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
62.	Проведена терапия бифосфонатами (признаках остеопении или частых переломах, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
63.	Проведена установка назогастрального зонда (при нарушениях глотания)	Да/Нет
64.	Проведено кормление тяжелобольного пациента через назогастральный зонд (при нарушениях глотания)	Да/Нет
65.	Проведена гастростомия (при невозможности проглатывания пищи, при большом риске аспирационного синдрома и при нутритивной недостаточности)	Да/Нет
66.	Проведено кормление тяжелобольного пациента через гастростому (при невозможности проглатывания пищи, при большом риске аспирационного синдрома и при нутритивной недостаточности)	Да/Нет
67.	Проведено разъяснение прогноза деторождения и необходимости генетического обследования самих родителей	Да/Нет
68.	Проведена терапия нусинерсеном (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.6.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям

при синдроме Гийена-Барре (код по МКБ-10: G61.0)

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

3.6.3. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при дистонии (коды по МКБ - 10: G24, G24.0, G24.1, G24.2, G24.3, G24.4, G24.5, G24.8, G24.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (клиническая и дифференциальная диагностика формы дистонии)	Да/Нет
2.	Назначен терапия ботулиническим токсином типа А или ботулиническим токсином типа А-гемагглютинин комплекс и/или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.6.4. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при мигрени (коды по МКБ - 10: G43)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование неврологического статуса (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен поиск симптомов для исключения симптоматической природы головной боли (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено установление диагноза в соответствии с критериями международной классификации головных болей 3-го пересмотра (форма мигрени) (при отсутствии настораживающих симптомов и типичной клинической картине, при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена диагностика лекарственно-индуцированной головной боли в сочетании с мигренью в соответствии с критериями международной классификации головных болей 3-го пересмотра (при	Да/Нет

	частой эпизодической мигрени (10-14 дней с головной болью в месяц) или хронической мигрени (15 и более дней в месяц)) (при установлении диагноза)	
6.	Выполнено разъяснение механизма развития, провоцирующих факторов и факторов риска хронизации мигрени	Да/Нет
7.	Выполнено назначение нестероидных противовоспалительных и проитиворевматических препаратов или селективных агонистов серотониновых 5-НТ1-рецепторов (приступах мигрени, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено назначение бета-адреноблокаторов и/или антидепрессантов и/или противоспилептических препаратов и/или кандесартана и/или напроксена и/или ботулинического токсина типа А - гемагглютинин комплекса и/или антагонистов пептидов, связанных с геном кальцитонина (CGRP) (при частой эпизодической и хронической мигренью, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Даны рекомендации по длительности проведения профилактической терапии не менее 6 месяцев (при частой эпизодической и хронической мигрени)	Да/Нет
10.	Даны рекомендации о необходимости сокращения приема или временной отмены лекарственных препаратов с обезболивающим действием (при сочетании головной боли напряжения с лекарственно-индуцированной головной болью)	Да/Нет
11.	Проведена отмена препарата(ов) злоупотребления (при сочетании мигрени с лекарственно-индуцированной головной болью)	Да/Нет
12.	Выполнена детоксикационная терапия внутрь или парентерально (при «рикошетной головной боли» и других симптомах отмены при полной или частичной отмене препарата(ов) злоупотребления) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Выполнено назначение топирамата, ботулинического токсин типа А - гемагглютинин комплекса, антагонистов пептидов, связанных с геном кальцитонина (CGRP) (при сочетании мигрени с лекарственно-индуцированной головной болью) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
14.	Выполнено назначение немедикаментозных методов лечения: поведенческая терапия и/или нейропсихологическая реабилитация с помощью биологической обратной связи и/или когнитивно-поведенческая терапия или постизометрическая релаксация и/или лечебная физкультура и/или рефлексотерапия при заболеваниях центральной нервной системы (при частой эпизодической и хронической мигрени)	Да/Нет
15.	Выполнено направление в специализированное болевое отделение / центр лечения головной боли (при отсутствии улучшения состояния через 3 месяца терапии, а также пациентов с тяжелым течением мигрени)	Да/Нет

3.6.5. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при головной боли напряжения (ГБН) (коды по МКБ - 10: G44.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб при патологии центральной нервной системы и головного мозга (расспрос о клинических проявлениях, течении и провокаторах головной боли)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование неврологического статуса (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена пальпация перикраниальных мышц (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнен поиск симптомов для исключения симптоматической природы головной боли (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено установление диагноза в соответствии с критериями международной классификации головных болей 3-го пересмотра (форма головной боли напряжения) (при отсутствиистораживающих симптомов и типичной клинической картине) (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена диагностика депрессивного расстройства, тревожного расстройства, нарушений сна (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнена диагностика лекарственно-индуцированной головной боли в соответствии с критериями международной классификации головных болей 3-го пересмотра (у пациентов с частой эпизодической головной болью напряжения (10-14 дней с головной болью в месяц) или хронической головной болью напряжения (15 и более дней в месяц)) (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнено разъяснение механизма развития и провоцирующих факторов головной боли напряжения	Да/Нет
9.	Выполнено назначение других анальгетиков и антипиретикой или нестероидных противовоспалительных противоревматических препаратов или лекарственных препаратов, обладающих обезболивающим действием, содержащих кофеин (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнено назначение профилактической терапии антидепрессантами (при частой эпизодической и хронической головной боли напряжения) и/или миорелаксантами (при наличии напряжения перикраниальных мышц) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Даны рекомендации по длительности проведения профилактической терапии не менее 3 месяцев (при частой эпизодической и хронической головной боли напряжения)	Да/Нет
12.	Даны рекомендации о необходимости сокращения приема или временной отмены лекарственных препаратов с обезболивающим действием (при сочетании головной боли напряжения с лекарственно-индуцированной головной болью)	Да/Нет
13.	Проведена отмена препарата(ов) злоупотребления (при сочетании головной боли напряжения с лекарственно-индуцированной головной болью)	Да/Нет
14.	Выполнено лечение преднизолоном или метилпреднизолоном или целекоксибом или метоклопрамидом или диазепамом (при «рикошетной головной боли» и других симптомах отмены при полной или частичной отмене препарата(ов) злоупотребления) (в зависимости	Да/Нет

	от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
15.	Выполнено назначение amitriptyline (препарат первого выбора) или других антидепрессантов (при наличии противопоказаний и/или при плохой переносимости amitriptyline) (при сочетании головной боли напряжения с лекарственно-индуцированной головной болью) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16.	Выполнено назначение немедикаментозных методов лечения: поведенческая терапия или нейропсихологическая реабилитация с помощью биологической обратной связи или когнитивно-поведенческая терапия или постизометрическая релаксация или лечебная физкультура или рефлексотерапия при заболеваниях центральной нервной системы (при эпизодической и хронической головной боли напряжения)	Да/Нет
17.	Выполнено назначение постизометрической релаксации (при эпизодической и хронической формах головной боли напряжения, сочетающимися с напряжением мышц головы и шеи)	Да/Нет
18.	Проведена лечебная физкультура (при эпизодической и хронической формах головной боли напряжения)	Да/Нет
19.	Проведена когнитивно-поведенческая терапия (при эпизодической и хронической формах головной боли напряжения)	Да/Нет
20.	Выполнено направление в специализированное болевое отделение / центр лечения головной боли (при отсутствии улучшения состояния)	Да/Нет

3.6.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ишемическом инсульте и транзиторной ишемической атаке у взрослых (коды по МКБ - 10: G45.0, G45.1, G45.2, G45.3, G45.4, G45.8, G45.9, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-неврологом (не позднее 10 минут от момента поступления в стационар)	Да/Нет
2.	Выполнена оценка исходной функции глотания при помощи теста оценки глотания («трехложечная проба» с использованием пульсоксиметра) (в течение первых 24 часов пребывания пациента в стационаре)	Да/Нет
3.	Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго и неврологического статуса по шкале инсульта NIH (не позднее 3 часов момента поступления в стационар)	Да/Нет
4.	Выполнено суточное мониторирование артериального давления	Да/Нет
5.	Выполнено исследование пульса методом мониторирования	Да/Нет
6.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
7.	Выполнено определение объема мочи	Да/Нет
8.	Выполнено измерение частоты дыхания	Да/Нет
9.	Выполнено определение патогенетического варианта ишемического инсульта по критериям TOAST	Да/Нет
10.	Выполнена оценка по шкале Рэнкин (в первые 24 часа от момента поступления в стационар и на момент выписки из стационара)	Да/Нет
11.	Выполнена компьютерная томография головного мозга или магнитно-резонансная томография головного мозга с описанием и	Да/Нет

	интерпретацией результата (не позднее 40 минут от момента поступления в стационар)	
12.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови (не позднее 20 минут от момента поступления в стационар)	Да/Нет
13.	Выполнено исследование уровня тромбоцитов в крови (не позднее 20 минут от момента поступления в стационар)	Да/Нет
14.	Выполнено определение международного нормализованного отношения (МНО) (не позднее 20 минут от момента поступления в стационар)	Да/Нет
15.	Выполнено определение активированного частичного тромбопластинового времени (не позднее 20 минут от момента поступления в стационар)	Да/Нет
16.	Выполнен системный внутривенный тромболитис (не позднее 40 минут от момента установления диагноза, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17.	Выполнена индивидуальная нутритивная поддержка (не позднее 24 часов от момента поступления в стационар с последующей ежедневной коррекцией)	Да/Нет
18.	Выполнена профилактика повторных сосудистых нарушений лекарственными препаратами группы антиагреганты, кроме гепарина (при некардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта) или лекарственными препаратами групп: антагонисты витамина К, прямые ингибиторы тромбина, прямые ингибиторы фактора Ха (при кардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
19.	Проведены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями нервной системы (не позднее 48 часов от момента поступления в стационар)	Да/Нет

3.6.7. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при myasthenia gravis и других нарушениях нервно-мышечного синапса (код по МКБ-10: G70)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен тест с введением антихолинэстеразных лекарственных препаратов при установлении диагноза	Да/Нет
2.	Выполнена электронейромиография с декремент-тестом	Да/Нет
3.	Выполнена оценка тяжести клинических проявлений миастении по количественной шкале QMGS	Да/Нет
4.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы антихолинэстеразные и/или группы глюкокортикостероиды и/или группы иммунодепрессанты и/или тимэктомия (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнен плазмаферез и/или терапия лекарственными препаратами группы иммуноглобулины (при кризе, наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.6.8. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при детском церебральном параличе (код по МКБ-10: G80)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга при установлении диагноза	Да/Нет
2.	Выполнена оценка развития больших моторных функций согласно классификации GMFCS	Да/Нет
3.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы миорелаксанты и/или ботулиническим токсином и/или хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом и/или врачом-психиатром и/или врачом-травматологом-ортопедом и/или врачом-логопедом	Да/Нет

3.6.9. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при мононевропатиях, поражениях нервных корешков и сплетений (коды по МКБ-10: G50; G51; G52; G54; G56; G57; G58; G59)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови	Да/Нет
3.	Выполнено электронейромиографическое исследование (при поражении тройничного нерва и/или корешков и сплетений и/или мононевропатии верхней и/или нижней конечности)	Да/Нет
4.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом и/или врачом-оториноларингологом (при краниальных невропатиях)	Да/Нет
5.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга и/или компьютерная томография головы и/или рентгенография черепа (при краниальных невропатиях)	Да/Нет
6.	Выполнена магнитно-резонансная томография пораженной области и/или спинного мозга на уровне поражения (при поражении корешков и сплетений и/или мононевропатии верхней и/или нижней конечности)	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы антихолинэстеразные и/или группы системные глюкокортикостероиды и/или противосудорожные (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена консультация врачом-нейрохирургом при неэффективности консервативной терапии	Да/Нет

3.6.10. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при рассеянном склерозе (код по МКБ-10: G35)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка степени тяжести и/или инвалидизации по шкале EDSS (расширенная шкала инвалидизации по Курцке - Expanded Disability Status Scale)	Да/Нет
2.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного и/или спинного мозга с контрастированием	Да/Нет
3.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом	Да/Нет
4.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы системные глюкокортикостероиды и/или группы иммуномодуляторы и/или группы иммунодепрессанты и/или плазмаферез (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.6.11. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при эпилепсии и эпилептическом статусе (коды по МКБ-10: G40; G41)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-неврологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар (при эпилептическом статусе)	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом (при эпилептическом статусе/серии эпилептических приступов)	Да/Нет
3.	Выполнена электроэнцефалография	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Проведена терапия противосудорожными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.6.12.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при других воспалительных полинейропатиях (хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия) (коды по МКБ - 10: G61.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена электронейромиография игольчатыми электродами или стимуляционная одного нерва (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.6.12.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при других воспалительных полинейропатиях (хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия) (коды по МКБ - 10: G61.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1	Выполнена электронейромиография игольчатыми элетродами или стимуляционная одного нерва (при установлении диагноза)	Да/Нет
2	Проведена терапия иммуноглобулином человека нормальным и/или кортикостероидами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3	Проведен плазмаферез (при отсутствии эффекта от терапии первой линии)	Да/Нет

3.7. Критерии оценки качества при болезнях глаза и его придаточного аппарата

3.7.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при конъюнктивите (коды по МКБ - 10: H10 (H10.0, H10.1, H10.2, H10.3, H10.4, H10.5, H10.8, H10.9), P39.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
2.	Назначена терапия антибактериальными препаратами системного действия и/или интерферонами и/или нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами и/или глюкокортикостероидами и/или антиаллергическими препаратами другими и/или препаратами для лечения заболеваний глаз прочими (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.7.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при конъюнктивите (коды по МКБ-10: H10 (H10.0, H10.1, H10.2, H10.3, H10.4, H10.5, H10.8, H10.9), P39.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
2.	Проведена терапия антибактериальными препаратами системного действия и/или интерферонами и/или нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами и/или глюкокортикостероидами и/или антиаллергическими препаратами другими и/или препаратами для лечения заболеваний глаз прочими (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.7.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при язве роговицы (коды по МКБ - 10: H16.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения	Да/Нет
2.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
3.	Выполнено окрашивание роговицы раствором флюоресцеина	Да/Нет
4.	Выполнено лечение противомикробными лекарственными препаратами и/или противовирусными лекарственными препаратами и /или противогрибковыми лекарственными препаратами и/или противовоспалительными лекарственными препаратами и/или	Да/Нет

	лекарственными препаратами группы регенеранты и репаранты и/или противоаллергическими лекарственными препаратами не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
5.	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии глубокой незаживающей язвы с повреждением 2/3 глубины стромы роговицы и/или десцеметоцеле, перфорации язвы роговицы, набухающей катаракты)	Да/Нет
6.	Достигнута эпителизация поверхности роговицы на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.7.3. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при воспалительных заболеваниях роговицы (коды по МКБ-10: H16.1; H16.2; H16.3; H16.4; H16.8; H16.9; H19.1*; H19.2*; H19.3*)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения	Да/Нет
2.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
3.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы противомикробные и/или противовирусные и/или противогрибковые и/или противовоспалительные и/или регенеранты и репаранты и/или противоаллергические (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Достигнуто повышение корригированной остроты зрения и/или эпителизация поверхности роговицы и/или отсутствие отека роговицы и/или резорбция инфильтрата роговицы на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.7.4.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при катаракте старческой (коды по МКБ - 10: H25.0, H25.1, H25.2, H25.8, H25.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена офтальмоскопия	Да/Нет
2.	Выполнена визометрия	Да/Нет
3.	Выполнена биомикроскопия	Да/Нет

3.7.4.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при катаракте старческой (коды по МКБ - 10: H25.0, H25.1, H25.2, H25.8, H25.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения	Да/Нет
2.	Выполнена офтальмоскопия (в случае если не выполнено амбулаторно)	Да/Нет
3.	Выполнена биомикроскопия	Да/Нет
4.	Проведена терапия лекарственными препаратами: мидриатические и циклоплегические средства в течение 1 часа до хирургического	Да/Нет

	вмешательства (при хирургическом вмешательстве и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
5.	Проведена антибактериальная терапия или терапия лекарственными препаратами групп: нестероидные противовоспалительные препараты или группы глюкокортикостероиды (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнен расчет диоптрийности интраокулярной линзы	Да/Нет
8.	Выполнена факэмульсификация или экстракапсулярная экстракция катаракты или интракапсулярная экстракция катаракты (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Достигнута стабилизация или повышение корригированной остроты зрения на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.7.5. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при отслойке сетчатки (коды по МКБ-10: H33.0; H33.2; H33.4; H33.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения	Да/Нет
2.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
3.	Выполнена офтальмоскопия и/или биомикроскопия глазного дна в условиях мидриаза	Да/Нет
4.	Выполнена периметрия	Да/Нет
5.	Выполнена лазерная коагуляция сетчатки и/или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Проведена терапия лекарственными препаратами: антибактериальными и/или группы глюкокортикостероиды и/или группы гемостатические средства и/или группы нестероидные противовоспалительные (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Достигнуто частичное анатомическое прилегание сетчатки или полное анатомическое прилегание сетчатки и/или ограничение коагулятами зоны отслоенной сетчатки на момент выписки из стационара	Да/УНет

3.7.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при дегенерации макулы и заднего полюса (коды по МКБ - 10: H35.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения	Да/Нет
2.	Выполнена офтальмоскопия и/или биомикроскопия глазного дна в условиях мидриаза	Да/Нет
3.	Выполнено интравитреальное введение ингибитора ангиогенеза	Да/Нет

	и/или лазерная коагуляция и/или физиотерапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
4.	Достигнута стабилизация или повышение корригированной остроты зрения на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.7.7. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при другой пролиферативной ретинопатии (ретинопатии недоношенных) (код по МКБ-10: H35.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена офтальмоскопия и/или биомикроскопия глазного дна в условиях мидриаза	Да/Нет
2.	Выполнено первичное офтальмологическое обследование с медикаментозным мидриазом, включающее офтальмоскопию глазного дна и/или биомикроскопию с/без применения ретинальной камеры на 3 - 4 неделе жизни ребенка (31 - 34 неделя постконцептуального возраста)	Да/Нет
3.	Проведен мониторинг течения ретинопатии недоношенных в декретированные сроки в зависимости от клинических проявлений РН (еженедельно, раз в две недели)	Да/Нет
4.	Проведена коагуляция сетчатки не позднее 72 часов от момента установления диагноза (при "пороговой стадии")	Да/Нет
5.	Выполнена коагуляция аваскулярной сетчатки (не менее 70% площади аваскулярных зон)	Да/Нет
6.	Выполнена офтальмоскопия глазного дна врачом-офтальмологом через 7 - 10 дней после коагуляции сетчатки	Да/Нет
7.	Достигнута стабилизация процесса (уменьшение признаков плюс-болезни, прекращение роста экстраретинальной пролиферации) через 7 - 10 дней после проведенной коагуляции сетчатки	Да/Нет
8.	Проведена оценка эффективности лечения и определение клинических исходов ретинопатии недоношенных через один месяц после коагуляции сетчатки	Да/Нет

3.7.8.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при макулярной дегенерации возрастной (коды по МКБ - 10: H35.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена визометрия	Да/Нет
2.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
3.	Выполнена биомикроскопия глазного дна и/или офтальмоскопия в условиях мидриаза	Да/Нет

3.7.8.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при макулярной дегенерации возрастной (коды по МКБ - 10: H35.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения

1.	Выполнена визометрия	Да/Нет
2.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
3.	Выполнена биомикроскопия глазного дна и/или офтальмоскопия в условиях миопии	Да/Нет
4.	Выполнено интравитреальное введение лекарственного средства, препятствующего новообразованию сосудов и/или фокальная лазеркоагуляция глазного дна, и/или фотодинамическая терапия, и/или интравитреальное введение фибринолитического средства, и/или проведена терапия лекарственными препаратами: поливитамины + прочие препараты и/или ангиопротекторов, и/или применены физиотерапевтические методы лечения (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.7.9. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при диабетической ретинопатии (код по МКБ-10: H36.0*)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения	Да/Нет
2.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
3.	Выполнена офтальмоскопия и/или биомикроскопия глазного дна в условиях миопии	Да/Нет
4.	Выполнена лазерная коагуляция сетчатки и/или интравитреальное введение лекарственных препаратов группы ингибиторов ангиогенеза и/или терапия лекарственными препаратами группы глюкокортикостероиды и/или группы антиоксиданты и/или антигипоксанты и/или дезагрегенты и/или гемостатики и/или ангиопротекторы и/или проведено хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Достигнута стабилизация или повышение скорректированной остроты зрения на момент выписки из стационара	Да/Нет
6.	Достигнута стабилизация или уменьшение клинических симптомов диабетической ретинопатии на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.7.10.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при подозрении на глаукому (коды по МКБ - 10: H40.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена офтальмотонометрия	Да/Нет
2.	Выполнена визометрия с максимальной коррекцией аметропии	Да/Нет
3.	Выполнена биомикроскопия глазного дна или офтальмоскопия	Да/Нет
4.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
5.	Выполнена гониоскопия	Да/Нет
6.	Назначена местная гипотензивная терапия пациентам (при наличии офтальмогипертензии и подозрении на глаукому в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.7.10.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при подозрении на глаукому (коды по МКБ - 10: H40.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена офтальмотонометрия	Да/Нет
2.	Выполнена визометрия с максимальной коррекцией аметропии	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная периметрия (на этапе амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, не реже 1 раза в год)	Да/Нет
4.	Выполнена биомикроскопия глазного дна или офтальмоскопия	Да/Нет
5.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
6.	Выполнена гониоскопия	Да/Нет
7.	Проведена местная гипотензивная терапия пациентам (при наличии офтальмогипертензии и подозрении на глаукому в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.7.11.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при глаукоме первичной открытоугольной (коды по МКБ - 10: H40.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
2.	Выполнена офтальмотонометрия	Да/Нет
3.	Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения	Да/Нет
4.	Выполнена статическая периметрия (не реже 2 раз в год)	Да/Нет
5.	Выполнена офтальмоскопия	Да/Нет
6.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
7.	Выполнена гониоскопия (не реже 1 раза в год)	Да/Нет
8.	Назначена терапия аналогами простагландинов и/или селективными бета-адреноблокаторами, и/или неселективными бета-адреноблокаторами, и/или местными ингибиторами карбоангидразы, и/или симпатомиметиками для лечения глаукомы (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Назначена терапия парасимпатомиметиками (при пигментной форме первичной открытоугольной глаукомы и/или при подготовке к проведению лазерных и хирургических вмешательств при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнена статическая периметрия (в дневном стационаре)	Да/Нет
11.	Выполнена гониоскопия (в дневном стационаре)	Да/Нет

3.7.11.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при глаукоме первичной открытоугольной (коды по МКБ - 10: H40.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена офтальмотонометрия	Да/Нет
2.	Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения	Да/Нет
3.	Выполнена статическая периметрия	Да/Нет
4.	Выполнена офтальмоскопия	Да/Нет
5.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
6.	Проведена терапия аналогами простагландинов и/или селективными бета-адреноблокаторами, и/или неселективными бета-	Да/Нет

	адреноблокаторами, и/или местными ингибиторами карбоангидразы, и/или симпатомиметиками для лечения глаукомы (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
7.	Проведена терапия парасимпатомиметиками (при пигментной форме первичной открытоугольной глаукомы и/или при подготовке к проведению лазерных и хирургических вмешательств при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнена статическая периметрия (в дневном стационаре)	Да/Нет
9.	Выполнена гониоскопия (в дневном стационаре и в круглосуточном стационаре)	Да/Нет
10.	Выполнена лазерная трабекулопластика (при начальной и развитой стадии заболевания с умеренно повышенным уровнем ВГД как альтернатива медикаментозной терапии, при далекозашедшей стадии – при наличии противопоказаний к хирургическому лечению; при неэффективности гипотензивной медикаментозной терапии; необходимости оптимизации гипотензивного режима) или лазерная иридэктомия (при пигментной глаукоме и синдроме пигментной дисперсии) или лазерная десцеметогониопунктура (при недостаточном снижении уровня внутриглазного давления или предполагаемом снижении гипотензивного эффекта после проведенной ранее непроникающей глубокой склерэктомии) или лазерная транссклеральная циклокоагуляция (в случае безуспешности предыдущего лечения (в т.ч. хирургического), при далекозашедшей и терминальной стадиях, а также болящей глаукоме с высоким уровнем внутриглазного давления) (в дневном стационаре и в круглосуточном стационаре)	Да/Нет
11.	Выполнена компьютерная периметрия (в круглосуточном стационаре)	Да/Нет
12.	Выполнена офтальмоскопия или биомикроскопия глазного дна (в круглосуточном стационаре)	Да/Нет
13.	Выполнена кератопахиметрия (в круглосуточном стационаре)	Да/Нет
14.	Выполнена имплантация дренажа антиглаукоматозного и/ или удаление антиглаукоматозного дренажа или его замена или прочие проникающие антиглаукоматозные операции или прочие непроникающие антиглаукоматозные операции (при наличии показаний) (в круглосуточном стационаре)	Да/Нет
15.	Выполнены лазерная транссклеральная циклокоагуляция (при терминальной болящей глаукоме в круглосуточном стационаре)	Да/Нет

3.7.12.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при глаукоме первичной закрытоугольной (коды по МКБ - 10: H40.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения (на этапе неотложной медицинской помощи и на этапе амбулаторно-поликлинической медицинской помощи)	Да/Нет
2.	Выполнена офтальмотонометрия (на этапе неотложной медицинской помощи и на этапе амбулаторно-поликлинической медицинской помощи)	Да/Нет
3.	Выполнена биомикроскопия глаза (на этапе неотложной медицинской помощи и на этапе амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, и в дневном стационаре, и в круглосуточном стационаре)	Да/Нет

4.	Выполнена гониоскопия (на этапе неотложной медицинской помощи и на этапе амбулаторно-поликлинической медицинской помощи)	Да/Нет
5.	Выполнена биомикроскопия глазного дна или офтальмоскопия (на этапе неотложной медицинской помощи и на этапе амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, и в дневном стационаре, и в круглосуточном стационаре)	Да/Нет
6.	Назначена терапия лекарственными препаратами группы бета-адреноблокаторов и/или группы ингибиторы карбоангидразы и/или группы парасимпатомиметики и/или группы симпатомиметики (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (на этапе неотложной помощи)	Да/Нет
7.	Назначена терапия лекарственными препаратами группы аналогов простагландинов и/или группы бета-адреноблокаторов и/или группы ингибиторы карбоангидразы и/или группы парасимпатомиметики и/или группы симпатомиметики (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.7.12.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при глаукоме первичной закрытоугольной (коды по МКБ - 10: H40.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена визометрия с определением коррекции остроты	Да/Нет
2.	Выполнена офтальмотонометрия	Да/Нет
3.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
4.	Выполнена гониоскопия	Да/Нет
5.	Выполнена биомикроскопия глазного дна или офтальмоскопия	Да/Нет
6.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы бета-адреноблокаторов и/или группы ингибиторы карбоангидразы и/или группы парасимпатомиметики и/или группы симпатомиметики (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (на этапе неотложной помощи)	Да/Нет
7.	Выполнена лазерная иридэктомия с первичным закрытием угла передней камеры (с первичной закрытоугольной глаукомой и с острым приступом первичной закрытоугольной глаукомы) или комбинированная лазерная иридэктомия и лазерная гониопластика (с первичной закрытоугольной глаукомой с «плоской радужкой») или лазерная трабекулопластика (с первичной закрытоугольной глаукомой с открытием угла передней камеры не менее чем на 180 градусов и отсутствием компенсации внутриглазного давления после ранее проведенной лазерной иридэктомии) или лазерная транссклеральная циклокоагуляция (при отсутствии предметного зрения при высоком внутриглазном давлении и/или отсутствии эффекта от предшествующих проникающих антиглаукомных операций (в том числе дренажной хирургии) (в условиях дневного или круглосуточного стационара)	Да/Нет
8.	Выполнена компьютерная периметрия (не реже 2 раз в год на этапе амбулаторно-поликлинической медицинской помощи)	Да/Нет
9.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы аналогов простагландинов и/или группы бета-адреноблокаторов и/или группы ингибиторы карбоангидразы и/или группы парасимпатомиметики и/или группы симпатомиметики (в	Да/Нет

	зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
10.	Выполнена компьютерная периметрия (в дневном стационаре и в круглосуточном стационаре)	Да/Нет
11.	Выполнена имплантация дренажа антиглаукоматозного и/ или удаление антиглаукоматозного дренажа или его замена или прочие проникающие антиглаукоматозные операции или прочие непроникающие антиглаукоматозные операции (в круглосуточном стационаре)	Да/Нет

3.7.13.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при миопии (коды по МКБ - 10: H52.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1	Выполнена визометрия (пациентам 3 лет и старше)	Да/Нет
2	Выполнена офтальмоскопия (в условиях мидриаза)	Да/Нет
3	Выполнено исследование аккомодации (пациентам 7 лет и старше)	Да/Нет
4	Выполнено определение рефракции с помощью набора пробных линз (в естественных условиях) (пациентам 3 лет и старше)	Да/Нет
5	Выполнено определение рефракции с помощью набора пробных линз (в условиях циклоплегии) (пациентам 3 лет и старше)	Да/Нет

3.7.13.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при миопии (коды по МКБ - 10: H52.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1	Выполнена визометрия	Да/Нет
2	Выполнена офтальмоскопия	Да/Нет
3	Выполнено исследование аккомодации	Да/Нет
4	Выполнено определение рефракции с помощью набора пробных линз (в естественных условиях)	Да/Нет
5	Выполнено определение рефракции с помощью набора пробных линз (в условиях циклоплегии)	Да/Нет
6	Выполнены склеропластика и/или периферическая лазерная коагуляция сетчатки и/или аппаратное лечение и/или физиотерапия	Да/Нет

3.7.14. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при астигматизме (коды по МКБ - 10: H52.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1	Выполнена визометрия без коррекции (пациентам 3 лет и старше)	Да/Нет
2	Выполнена визометрия в имеющихся очках (пациентам 3 лет и старше)	Да/Нет
3	Выполнена визометрия с оптимальной коррекцией (пациентам 3 лет и старше)	Да/Нет
4	Выполнено объективное измерение рефракции и астигматизма	Да/Нет
5	Выполнено субъективное исследование рефракции, величины астигматизма и направления его главных меридианов (пациентам 3 лет и старше)	Да/Нет

3.8. Критерии оценки качества при болезнях уха и сосцевидного отростка

3.8.1. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при мастоидите (коды по МКБ - 10: H70)

№ п/п	Критерий качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-оториноларингологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнен парацентез барабанной перепонки не позднее 3 часов от момента установления диагноза (при отсутствии перфорации барабанной перепонки)	Да/Нет
4.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из барабанной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
5.	Выполнена рентгенография височной кости и/или компьютерная томография височной кости	Да/Нет
6.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет
7.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из антральной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
8.	Выполнена тимпанометрия и/или импедансометрия и/или тональная аудиометрия и/или исследование органов слуха с помощью камертона перед выпиской из стационара	Да/Нет
9.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
10.	Отсутствие тромботических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.8.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при хроническом синусите и полипе носа (коды по МКБ-10: J32; J33)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография придаточных пазух носа или компьютерная томография придаточных пазух носа в случае отсутствия проведения данных исследований на догоспитальном этапе	Да/Нет
2.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства в случае хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из придаточной пазухи носа с определением чувствительности	Да/Нет

	возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при проведении инвазивной манипуляции и/или при хирургическом вмешательстве)	
4.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
5.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы системные глюкокортикостероиды в случае хирургического вмешательства при полипозном риносинусите (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
7.	Отсутствие тромботических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.8.3. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при смещенной носовой перегородке (код по МКБ-10: J34.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена эндоскопия полости носа и/или рентгенография придаточных пазух носа и/или компьютерная томография придаточных пазух носа	Да/Нет
2.	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Отсутствие кровотечения в послеоперационном периоде	Да/Нет
4.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.8.4. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при гипертрофии миндалин, гипертрофии аденоидов, гипертрофии миндалин с гипертрофией аденоидов (коды по МКБ-10: J35.1; J35.2; J35.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено рентгенологическое исследование носоглотки и/или эндоскопия носоглотки при гипертрофии аденоидов	Да/Нет
2.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
3.	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Отсутствие кровотечения в послеоперационном периоде	Да/Нет

3.8.5. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе костей носа (код по МКБ-10: S02.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка
-------	--------------------------	--------

		выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-оториноларингологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография костей носа не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнена репозиция костей носа	Да/Нет

3.8.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при абсцессе, фурункуле и карбункуле носа (код по МКБ-10: J34.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-оториноларингологом не позднее одного часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее трех часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено вскрытие и дренирование гнойно-воспалительного очага не позднее трех часов от момента установления диагноза	Да/Нет
4.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из гнойно-воспалительного очага с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
5.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами в послеоперационном периоде (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Отсутствие тромбозомболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
7.	Отсутствие септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.8.7. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при хроническом гнойном среднем отите (коды по МКБ-10: H66.1 - H66.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена отоскопия под увеличением	Да/Нет
2.	Выполнена тональная аудиометрия и/или исследование органов слуха с помощью камертона	Да/Нет
3.	Выполнено бактериологическое и микологическое исследование отделяемого из барабанной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при наличии отделяемого)	Да/Нет
4.	Проведена терапия антибактериальными и/или противогрибковыми лекарственными препаратами (при наличии отделяемого из барабанной полости, в зависимости от медицинских показаний и при	Да/Нет

	отсутствии медицинских противопоказаний)	
5.	Выполнена рентгенография височной кости и/или компьютерная томография височной кости	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 24 часов от момента установления диагноза (при лабиринтите, мастоидите, тромбозе сигмовидного синуса, отогенном сепсисе)	Да/Нет
7.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
8.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
9.	Отсутствие тромботических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.8.8. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при внезапной идиопатической потере слуха (код по МКБ-10: H91.2)

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

3.8.9.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям и взрослым при хроническом среднем отите (коды по МКБ - 10: H65.2-4, H66.1-3, H90.0-2, H90.6-8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Выполнена отомикроскопия или эндомикроскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование органа слуха с помощью камертонов (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено составление слухового паспорта (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена тональная пороговая аудиометрия (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена акустическая импедансометрия (при установлении диагноза хронический серозный средний отит)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография височных костей (мультиспиральная) (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнена магнитно-резонансная томография височных костей (при установлении диагноза) (при наличии показаний)	Да/Нет
8.	Проведена консервативная терапия	Да/Нет
9.	Выполнена электроакустическая реабилитация (при наличии показаний)	Да/Нет

3.8.9.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям и взрослым при хроническом среднем отите (коды по МКБ - 10: H65.2-4, H66.1-3, H90.0-2, H90.6-8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена отомикроскопия или эндомикроскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование органа слуха с помощью камертонов (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено составление слухового паспорта (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена тональная пороговая аудиометрия (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена акустическая импедансометрия (при установлении диагноза хронический серозный средний отит)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография височных костей (мультиспиральная) (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнена магнитно-резонансная томография височных костей (при установлении диагноза)(при наличии показаний)	Да/Нет
8.	Проведена консервативная терапия	Да/Нет
9.	Проведено хирургическое вмешательство (при неэффективности консервативной терапии)	Да/Нет

3.8.10.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям и взрослым при наружном отите (коды по МКБ - 10: H60.0, H60.1, H60.2, H60.3, H60.4, H60.5, H60.8, H60.9, H61.0, H61.9, H62.0, H62.1, H62.2, H62.3, H 62.4, H 62.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и/или микроскопическое исследование отделяемого из ушей на грибы (дрожжевые и мицелиальные), и/или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого из ушей на дрожжевые грибы, и/или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого из ушей на мицелиальные	Да/Нет

	грибы, и/или цитологическое исследование микропрепарата тканей уха и/или биопсия новообразования наружного уха	
2.	Выполнен туалет наружного слухового прохода	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза) (при злокачественной форме)	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография височной кости и/или компьютерная томография височной кости (при злокачественном наружном отите)	Да/Нет
5.	Назначена терапия антибактериальными препаратами местного действия и/или антибактериальными препаратами системного действия и/или противогрибковыми препаратами для местного применения и/или противогрибковыми препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

3.8.10.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям и взрослым при наружном отите (коды по МКБ - 10: H60.0, H60.1, H60.2, H60.3, H60.4, H60.5, H60.8, H60.9, H61.0, H61.9, H62.0, H62.1, H62.2, H62.3, H 62.4, H 62.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и/или микроскопическое исследование отделяемого из ушей на грибы (дрожжевые и мицелиальные), и/или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого из ушей на дрожжевые грибы, и/или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого из ушей на мицелиальные грибы, и/или цитологическое исследование микропрепарата тканей уха и/или биопсия новообразования наружного уха	Да/Нет
2.	Выполнен туалет наружного слухового прохода	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза) (при злокачественной форме)	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография височной кости и/или компьютерная томография височной кости (при злокачественном наружном отите)	Да/Нет
5.	Назначена терапия антибактериальными препаратами местного действия и/или антибактериальными препаратами системного действия и/или противогрибковыми препаратами для местного применения и/или противогрибковыми препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

3.9. Критерии оценки качества при болезнях системы кровообращения

3.9.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при артериальной гипертензии (коды по МКБ - 10: I10, I11, I12, I13, I15)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, расчетная скорость клубочковой фильтрации, глюкоза, калий, натрий, мочевая кислота, общий холестерин, липопротеины низкой плотности, триглицериды, липопротеины высокой плотности) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена качественная оценка протеинурии тест-полоской или определение альбумина в моче (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы в 12 отведениях (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Зафиксировано в медицинской документации повышение офисного (клинического) артериального давления выше 140 или 90 мм рт. ст. на повторных визитах, либо на основании суточного мониторирования артериального давления (среднее за 24 часа ≥ 130 мм или ≥ 80 мм рт. ст.) (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Клинический диагноз установлен с указанием стадии заболевания, степени повышения артериального давления (при отсутствии терапии), категории риска, наличия поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний	Да/Нет
8.	Пациент взят под диспансерное наблюдение (при установленном диагнозе)	Да/Нет
9.	Даны рекомендации по модификации образа жизни (при установленном диагнозе)	Да/Нет
10.	Назначена антигипертензивная лекарственная терапия после 3-го месяца модификации образа жизни (при артериальной гипертензии 1-й степени и низком или среднем риске при неэффективности модификации образа жизни)	Да/Нет
11.	Достигнут целевой уровень САД < 140 мм рт. ст. и ДАД < 90 мм рт. ст. через 3 месяца от начала лечения или проведено объяснение необходимости индивидуального уровня АД и скорости его снижения (при установленном диагнозе)	Да/Нет

3.9.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при артериальной гипертензии (коды по МКБ - 10: I10, I11, I12, I13, I15)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Зафиксировано в медицинской документации повышение офисного (клинического) артериального давления выше 140 или 90 мм рт. ст. на повторных визитах, либо на основании суточного мониторирования артериального давления (среднее за 24 часа ≥ 130 мм или ≥ 80 мм рт. ст.) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Клинический диагноз установлен с указанием стадии заболевания, степени повышения артериального давления (при отсутствии терапии), категории риска, наличия поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, расчетная скорость клубочковой фильтрации, глюкоза, калий, натрий, мочевая кислота, общий холестерин, липопротеины низкой плотности, триглицериды, липопротеины высокой плотности)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
6.	Выполнена качественная оценка протеинурии тест-полоской или определение альбумина в моче	Да/Нет
7.	Выполнена регистрация электрокардиограммы в 12 отведениях	Да/Нет
8.	Проведена комбинированная двухкомпонентная антигипертензивная терапия (при артериальной гипертензии 2-й степени и выше)	Да/Нет
9.	Даны рекомендации по модификации образа жизни	Да/Нет

3.9.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы (коды по МКБ - 10: I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.9, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9, I24.0, I24.8, I25.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	В медицинской документации указан временной интервал от момента обращения за медицинской помощью до начала реперфузионного лечения.	Да/Нет
2.	Время от момента установления диагноза до введения проводника в инфаркт-связанную артерию при проведении первичного чрескожного коронарного вмешательства составило менее 90 мин	Да/Нет
3.	Время от постановки/подтверждения диагноза в ЧКВ-центре до введения проводника в инфаркт-связанную артерию при проведении первичного ЧКВ менее 60 мин	Да/Нет
4.	Выполнена эхокардиография не позднее 24 часов от момента госпитализации	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня тропонинов I, T в крови или исследование уровня тропонина T в крови	Да/Нет
6.	Выполнено повторное исследование уровня тропонинов I, T в крови или исследование уровня тропонина T в крови (при неинформативности первого исследования)	Да/Нет
7.	Использован доступ через лучевую артерию (при коронарографии и чрескожном коронарном вмешательстве при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Начато внутривенное введение лекарственных препаратов для тромболитической терапии не позднее 10 минут от момента установления диагноза (при невозможности выполнения первичного чрескожного коронарного вмешательства в течение 120 мин от постановки диагноза до введения проводника в инфаркт-связанную артерию)	Да/Нет
9.	Проведена терапия бета-адреноблокатором (при фракции выброса левого желудочка $\leq 40\%$ и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Проведена терапия ингибитором АПФ или антагонистом рецепторов ангиотензина II (у пациентов с фракцией выброса левого желудочка $\leq 40\%$, сердечной недостаточностью, артериальной гипертензии, хронической болезни почек, при сахарном диабете, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнена оценка фракции выброса левого желудочка (перед выпиской из стационара)	Да/Нет

3.9.3.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST электрокардиограммы (коды по МКБ - 10: I20.0, I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9, I24.8, I24.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Пациент взят на диспансерное наблюдение после выписки из стационара (при установленном диагнозе)	Да/Нет

3.9.3.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST электрокардиограммы (коды по МКБ - 10: I20.0, I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9, I24.8, I24.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена эхокардиография с оценкой фракции выброса левого желудочка (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня тропонинов I, T в крови или исследование уровня тропонина T в крови или уровень биохимических маркеров повреждения кардиомиоцитов в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина II (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний, при фракции выброса левого желудочка < 40%, артериальной гипертензии, сахарном диабете, хронической болезни почек)	Да/Нет
4.	Проведена терапия лекарственным препаратом группы бета-адреноблокаторы перорально (при отсутствии медицинских противопоказаний при фракции выброса левого желудочка < 40%)	Да/Нет
5.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.9.4.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи медицинской помощи взрослым при стабильной ишемической болезни сердца (коды по МКБ - 10: I20.0, I20.1, I20.8, I20.9, I25.0, I25.1, I25.2, I25.3, I25.4, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический (общий холестерин, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена эхокардиография с физической нагрузкой или электрокардиография с физической нагрузкой (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
6.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Назначена терапия лекарственными препаратами группы бета-адреноблокаторы или блокаторы "медленных" кальциевых каналов неселективные или органические нитраты (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведен повторный прием (осмотр, консультация) пациента врача-кардиолога не позднее, чем через 6 месяцев от момента установления диагноза	Да/Нет
9.	Назначена терапия ацетилсалициловой кислотой и лекарственными препаратами группы гиполипидемические средства или ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина II (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.9.4.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при стабильной ишемической болезни сердца (коды по МКБ - 10: I20.0, I20.1, I20.8, I20.9, I25.0, I25.1,

I25.2, I25.3, I25.4, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический (общий холестерин, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнена эхокардиография с физической нагрузкой или электрокардиография с физической нагрузкой (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
6.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы бета-адреноблокаторы или блокаторы "медленных" кальциевых каналов неселективные или органические нитраты (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена терапия ацетилсалициловой кислотой и лекарственными препаратами группы гиполипидемические средства или ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина II (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.9.5.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при легочной гипертензии (коды по МКБ - 10: I27.0, I27.2, I27.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Дано направление в экспертный центр легочной гипертензии (при подозрении на легочную артериальную гипертензию и хроническую тромбоэмболическую легочную гипертензию)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием или дано направление экспертный центр легочной гипертензии (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена сцинтиграфия легких перфузионная в сочетании со сцинтиграфией легких вентиляционной или дано направление экспертный центр легочной гипертензии (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
6.	Выполнено исследование диффузионной способности легких или дано направление в экспертный центр легочной гипертензии (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков или дано направление в экспертный центр легочной гипертензии (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Пациент взят под диспансерное наблюдение (при установленном диагнозе)	Да/Нет
9.	Дано направление в экспертный центр легочной гипертензии для выполнения чрезвенозной катетризации сердца	Да/Нет
10.	Оценена возможность выполнения тромбэндартерэктомии из легочной артерии в экспертном центре легочной гипертензии (при хроническом тромбоэмболической легочной гипертензии)	Да/Нет

11.	Назначена последовательная комбинированная терапия в экспертном центре легочной гипертензии (при неэффективности монотерапии)	Да/Нет
-----	---	--------

3.9.5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при легочной гипертензии (коды по МКБ - 10: I27.0, I27.2, I27.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Дано направление в экспертный центр для верификации диагноза, стратификации риска и определения тактики лечения (при подозрении на легочную артериальную гипертензию и хроническую тромбоэмболическую легочную гипертензию)	Да/Нет
2.	Выполнен вазореактивный тест (в экспертном центре легочной гипертензии, пациентам с идиопатической легочной артериальной гипертензией, наследуемой легочной артериальной гипертензией и легочной артериальной гипертензией, индуцированной приемом лекарственных препаратов или токсинов)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (в экспертном центре в случае, если не выполнена в амбулаторных условиях)	Да/Нет
4.	Выполнена перфузионная сцинтиграфия легких в сочетании со сцинтиграфией легких вентиляционной (в экспертном центре в случае, если не выполнена в амбулаторных условиях)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
6.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
7.	Выполнено исследование диффузионной способности легких (в экспертном центре в случае, если не выполнена в амбулаторных условиях)	Да/Нет
8.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (в экспертном центре в случае, если не выполнена в амбулаторных условиях)	Да/Нет
9.	Дано направление в экспертный центр легочной гипертензии для выполнения чрезвенозной катетеризации сердца	Да/Нет
10.	Оценена возможность выполнения тромбэндартерэктомии из легочной артерии в экспертном центре легочной гипертензии (при хроническом тромбоэмболической легочной гипертензии, в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
11.	Проведена последовательная комбинированная терапия в экспертном центре легочной гипертензии (при неэффективности монотерапии)	Да/Нет

3.9.6.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при миокардите (коды по МКБ - 10: I40, I41, I51.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием или осуществлен при наличии медицинских показаний перевод пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами (при установлении диагноза в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях)	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы в 12 отведениях (при установлении диагноза)	Да/Нет

4.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование скорости оседания эритроцитов (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено определение уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.9.6.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при миокардите (коды по МКБ - 10: I40, I41, I51.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием или осуществлен при наличии медицинских показаний перевод пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами (при установлении диагноза в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях)	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (в случае, если не выполнен в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы в 12 отведениях	Да/Нет
4.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
5.	Выполнено исследование скорости оседания эритроцитов	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня тропонинов I, T в крови	Да/Нет
7.	Выполнено определение уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
8.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма	Да/Нет
9.	Выполнена госпитализация в реанимационное отделение (при остром или фульминантном миокардите)	Да/Нет
10.	Проведена иммуносупрессивная терапия глюкокортикоидами или иммунодепрессантами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.9.7.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при гипертрофической кардиомиопатии (коды по МКБ - 10: I42.1, I42.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (холестерин, триглицериды, калий, натрий, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, мочевины, креатинин, билирубин, глюкоза) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием или компьютерная томография сердца с контрастированием или осуществлен при наличии медицинских показаний перевод пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами (при субоптимальном качестве изображения по эхокардиографии или с предполагаемой апикальной гипертрофией левого желудочка или	Да/Нет

	аневризмой или пациентам перед оперативным лечением хирургической и нехирургической редукции межжелудочковой перегородки и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Определены показания к имплантации кардиовертера-дефибриллятора (при установленном диагнозе)	Да/Нет
9.	Пациент взят под диспансерное наблюдение (при установленном диагнозе)	Да/Нет
10.	Проведена стратификация материнского риска с использованием модифицированной классификации ВОЗ материнского риска (при беременности)	Да/Нет
11.	Проведена стратификация риска по шкале HCM Risk-SCD (при установленном диагнозе)	Да/Нет
12.	Назначена терапия лекарственными препаратами группы бета-адреноблокаторы и/или блокаторы кальциевых каналов и/или ингибиторы АПФ и/или антагонисты рецепторов ангиотензина II или диуретики (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.9.7.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гипертрофической кардиомиопатии (коды по МКБ - 10: I42.1, I42.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (холестерин, триглицериды, калий, натрий, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, мочевины, креатинин, билирубин, глюкоза)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием или компьютерная томография сердца с контрастированием или осуществлен при наличии медицинских показаний перевод пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами (при субоптимальном качестве изображения по эхокардиографии или с предполагаемой апикальной гипертрофией левого желудочка или аневризмой или пациентам перед оперативным лечением хирургической и нехирургической редукции межжелудочковой перегородки и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
6.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма	Да/Нет
8.	Определены показания к имплантации кардиовертера-дефибриллятора	Да/Нет
9.	Проведена стратификация материнского риска с использованием модифицированной классификации ВОЗ материнского риска (при беременности)	Да/Нет
10.	Проведена стратификация риска по шкале HCM Risk-SCD (при установленном диагнозе)	Да/Нет

11.	Проведена терапия бета-адреноблокатором, или блокаторами кальциевых каналов, или ингибиторами АПФ, или антагонистами рецепторов ангиотензина II, или диуретиками (в режиме монотерапии или в режиме комбинированной терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
-----	---	--------

3.9.8.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при брадиаритмии и нарушениях проводимости (коды по МКБ - 10: I44 (I44.0, I44.1, I44.2, I44.3, I44.4, I44.5, I44.6, I44.7), I45 (I45.0, I45.1, I45.2, I45.3, I45.4, I45.5, I45.8, I45.9), I46 (I46.0, I46.1, I46.9), I49.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
2.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы в 12 отведениях (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена эхокардиография (при брадикардии или нарушении проводимости блокаде левой ножки пучка Гиса и предсердно-желудочковой блокаде II степени Мобитц II, предсердно-желудочковой блокаде высокой степени или предсердно-желудочковой блокаде III степени при подозрении на структурное заболевание сердца)	Да/Нет
5.	Выполнено тестирование состояния постоянного имплантируемого антиаритмического устройства дважды в течение 6 месяцев, затем 1 раза в год (после имплантации электрокардиостимулятора)	Да/Нет

3.9.8.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при брадиаритмии и нарушениях проводимости (коды по МКБ - 10: I44 (I44.0, I44.1, I44.2, I44.3, I44.4, I44.5, I44.6, I44.7), I45 (I45.0, I45.1, I45.2, I45.3, I45.4, I45.5, I45.8, I45.9), I46 (I46.0, I46.1, I46.9), I49.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
2.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография (при брадикардии или нарушении проводимости блокаде левой ножки пучка Гиса и предсердно-желудочковой блокаде II степени Мобитц II, предсердно-желудочковой блокаде высокой степени или предсердно-желудочковой блокаде III степени при подозрении на структурное заболевание сердца)	Да/Нет
4.	Выполнена регистрация электрокардиограммы в 12 отведениях	Да/Нет
5.	Выполнена имплантация электрокардиостимулятора (пациентам с симптомной ДСУ и нормальной атриовентрикулярной проводимостью), или осуществлен при наличии медицинских показаний перевод пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами	Да/Нет
6.	Выполнена имплантация электрокардиостимулятора (при постоянной фибрилляции предсердий и симптомной брадикардии), или осуществлен при наличии медицинских показаний перевод пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами	Да/Нет
7.	Выполнена имплантация электрокардиостимулятора (приобретенной предсердно-желудочковой блокаде II степени Мобитц II, ПЖБ	Да/Нет

	высокой степени или предсердно-желудочковой блокаде III степени, не относящейся к обратимым или физиологическим причинам, независимо от наличия симптомов), или осуществлен при наличии медицинских показаний перевод пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами	
8.	Выполнено тестирование состояния постоянного имплантируемого антиаритмического устройства дважды в течение 6 месяцев, затем 1 раза в год (после имплантации электрокардиостимулятора в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет

3.9.9.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при желудочковых нарушениях ритма (Желудочковые тахикардии и внезапная сердечная смерть) (коды по МКБ - 10: I46, I46.0, I46.1, I46.9, I47.0, I47.2, I47.9, I49, I49.0, I49.3, I49.4, I49.8, I49.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога или врача-сердечно-сосудистого хирурга или врача по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению (при непрерывной некупирующейся желудочковой тахикардии или электрическом шторме, приводящим к многократному повторному нанесению шоков имплантируемым кардиовертером дефибриллятором)	Да/Нет
2.	Выполнена регистрация электрокардиограммы в 12-ти отведениях	Да/Нет
3.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при остановке кровообращения/синкопальном эпизоде)	Да/Нет
6.	Выполнены реанимационные мероприятия (при диагностировании пароксизма желудочковой тахикардии/фибрилляции желудочков)	Да/Нет
7.	Выполнена наружная электрическая кардиоверсия (дефибрилляция) (при диагностировании пароксизма желудочковой тахикардии /фибрилляции желудочков)	
8.	Назначена терапия бета-адреноблокаторами (при структурных поражениях миокарда или дисфункцией левого желудочка при повышенном риске внезапной сердечной смерти при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено купирование аритмии (лекарственная терапия или наружная электрическая кардиоверсия (дефибрилляция) или вызвана бригада скорой медицинской помощи (при устойчивой желудочковой тахикардии)	Да/Нет
10.	Назначена антиаритмическая терапия или дано направление на консультацию врача-детского кардиолога или врача-сердечно-сосудистого хирурга или врача рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения (при повторных срабатываниях или шоках имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора)	Да/Нет
11.	Назначена терапия ингибиторами АПФ или антагонистами рецепторов ангиотензина II при непереносимости ингибиторов АПФ, бета-адреноблокаторами и антагонистами альдостерона (при хронической сердечной недостаточности и систолической дисфункции левого желудочка (фракция выброса левого желудочка \leq 35–40%), в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.9.9.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при желудочковых нарушениях ритма (Желудочковые тахикардии и внезапная сердечная смерть) (коды по МКБ - 10: I46, I46.0, I46.1, I46.9, I47.0, I47.2, I47.9, I49, I49.0, I49.3, I49.4, I49.8, I49.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога или врача-сердечно-сосудистого хирурга или врача по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению (при непрерывной некупирующейся желудочковой тахикардии или электрическом шторме, приводящим к многократному повторному нанесению шоков имплантируемым кардиовертером дефибриллятором)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога или врача-сердечно-сосудистого хирурга или врача по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению или выполнено направление в специализированный кардиологический центр (при неэффективности медикаментозной терапии, сохранении приступов желудочковой тахикардии, наличии дисфункции левого желудочка, ассоциированной с желудочковой экстрасистолией)	Да/Нет
3.	Выполнена наружная электрическая кардиоверсия (дефибрилляция) (при диагностировании пароксизма желудочковой тахикардии/фибрилляции желудочков)	Да/Нет
4.	Выполнена прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога или врача-сердечно-сосудистого хирурга или врача по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению или выполнено направление в специализированный кардиологический центр для решения вопроса о необходимости имплантации имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора (при сохраняющейся дисфункции левого желудочка (фракция выброса левого желудочка – 35% и менее) и сердечной недостаточности (II или III функциональный класс по NYHA))	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы в 12-ти отведениях	Да/Нет
6.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнена эхокардиография.	Да/Нет
8.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при остановке кровообращения/синкопальном эпизоде)	Да/Нет
9.	Выполнены реанимационные мероприятия (при диагностировании пароксизма желудочковой тахикардии/фибрилляции желудочков)	Да/Нет
10.	Проведена терапия бета-адреноблокаторами (при структурных поражениях миокарда или дисфункцией левого желудочка при повышенном риске внезапной сердечной смерти (при отсутствии медицинских противопоказаний))	Да/Нет
11.	Проведена антиаритмическая терапия или выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога или врача-сердечно-сосудистого хирурга или врача рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения (при повторных срабатываниях или шоках имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора)	Да/Нет
12.	Проведена терапия ингибиторами АПФ или антагонистами рецепторов ангиотензина II при непереносимости ингибиторов АПФ; бета-адреноблокаторами и антагонистами альдостерона (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (при хронической сердечной недостаточности и систолической дисфункции левого желудочка)	Да/Нет

(фракция выброса левого желудочка $\leq 35-40\%$), в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)

3.9.10.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при желудочковых нарушениях ритма или желудочковой тахикардией и внезапной сердечной смертью (коды по МКБ - 10: I46, I46.0, I46.1, I46.9, I47.0, I47.2, I47.9, I49, I49.0, I49.3, I49.4, I49.8, I49.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога или врача-сердечно-сосудистого хирурга или врача по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению (при непрерывной некупирующейся желудочковой тахикардии или электрическом шторме, приводящим к многократному повторному нанесению шоков имплантируемым кардиовертером дефибриллятором)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога или врача-сердечно-сосудистого хирурга или врача по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению или выполнено направление в специализированный кардиологический центр (при неэффективности медикаментозной терапии, сохранении приступов желудочковой тахикардии, наличии дисфункции левого желудочка, ассоциированной с желудочковой экстрасистолией)	Да/Нет
3.	Выполнена наружная электрическая кардиоверсия (дефибрилляция) (при диагностировании пароксизма желудочковой тахикардии/фибрилляции желудочков)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога или врача-сердечно-сосудистого хирурга или врача по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению или осуществлен при наличии медицинских показаний перевод пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, для решения вопроса о необходимости имплантации имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора (при сохраняющейся дисфункцией левого желудочка (фракция выброса левого желудочка – 35% и менее) и сердечной недостаточностью (II или III функциональный класс по NYHA), через 40 дней после инфаркта миокарда)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при остановке кровообращения/синкопальном эпизоде)	Да/Нет
6.	Выполнена регистрация электрокардиограммы в 12-ти отведениях или холтеровское мониторирование сердечного ритма (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
8.	Выполнены реанимационные мероприятия (при диагностировании пароксизма желудочковой тахикардии/фибрилляции желудочков)	Да/Нет
9.	Назначена терапия бета-адреноблокаторами (при структурных поражениях миокарда или дисфункцией левого желудочка при повышенном риске внезапной сердечной смерти (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнено купирование аритмии (лекарственная терапия или наружная электрическая кардиоверсия (дефибрилляция) при устойчивой желудочковой тахикардии)	Да/Нет
11.	Назначена терапия ингибиторами АПФ или антагонистами рецепторов ангиотензина II при непереносимости ингибиторов	Да/Нет

	АПФ, бета-адреноблокаторами и антагонистами альдостерона (при хронической сердечной недостаточности и систолической дисфункции левого желудочка (фракция выброса левого желудочка $\leq 35-40\%$), в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
--	---	--

3.9.10.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при желудочковых нарушениях ритма или желудочковой тахикардией и внезапной сердечной смертью (коды по МКБ - 10: I46, I46.0, I46.1, I46.9, I47.0, I47.2, I47.9, I49, I49.0, I49.3, I49.4, I49.8, I49.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога или врача-сердечно-сосудистого хирурга или врача по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению (при непрерывной некупирующейся желудочковой тахикардии или электрическом шторме, приводящим к многократному повторному нанесению шоков имплантируемым кардиовертером дефибриллятором, в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога или врача-сердечно-сосудистого хирурга или врача по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению или осуществлен при наличии медицинских показаний перевод пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами (при неэффективности медикаментозной терапии, сохранении приступов желудочковой тахикардии, наличии дисфункции левого желудочка, ассоциированной с желудочковой экстрасистолией в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3.	Выполнена наружная электрическая кардиоверсия (дефибрилляция) (при диагностировании пароксизма желудочковой тахикардии/фибрилляции желудочков)	Да/Нет
4.	Выполнена прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога или врача-сердечно-сосудистого хирурга или врача по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению или осуществлен при наличии медицинских показаний перевод пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами для решения вопроса о необходимости имплантации имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора (при сохраняющейся дисфункцией левого желудочка (фракция выброса левого желудочка – 35% и менее) и сердечной недостаточностью (II или III функциональный класс по NYHA) в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях, через 40 дней после инфаркта миокарда)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при остановке кровообращения/синкопальном эпизоде)	Да/Нет
6.	Выполнена регистрация электрокардиограммы в 12-ти отведениях или холтеровское мониторирование сердечного ритма	Да/Нет
7.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
8.	Выполнены реанимационные мероприятия (при диагностировании пароксизма желудочковой тахикардии или фибрилляции желудочков)	Да/Нет

9.	Проведена терапия бета-адреноблокаторами (при структурных поражениях миокарда или дисфункцией левого желудочка при повышенном риске внезапной сердечной смерти (при отсутствии медицинских противопоказаний))	Да/Нет
10.	Выполнено купирование аритмии (лекарственная терапия или наружная электрическая кардиоверсия (дефибрилляция) (при устойчивой желудочковой тахикардией))	Да/Нет
11.	Проведена терапия ингибиторами АПФ или антагонистами рецепторов ангиотензина II при непереносимости ингибиторов АПФ, бета-адреноблокаторами и антагонистами альдостерона (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (при хронической сердечной недостаточности и систолической дисфункции левого желудочка (фракция выброса левого желудочка $\leq 35-40\%$), в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.9.11.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при наджелудочковой тахикардии (коды по МКБ - 10: I47.1, I47.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнены вагусные приемы (при пароксизмальной наджелудочковой тахикардии по механизму ри-ентри документированной или предполагаемой)	Да/Нет
2.	Дано направление в специализированный кардиологический центр (при рецидивирующих симптомных эпизодах некавотрикуспидального истмус-зависимого трепетания предсердий при отсутствии медицинских противопоказаний к катетерной аблации)	Да/Нет
3.	Дано направление в специализированный кардиологический центр (при антеградном рефрактерном периоде дополнительных атриовентрикулярных соединений ≤ 250 мс; с индуцируемой атриовентрикулярной реципрокной тахикардией, запускающей фибрилляцию предсердий с предвозбуждением желудочков; с множественными дополнительными атриовентрикулярными соединениями; с интервалом RR ≤ 250 мс между двумя QRS-комплексами с предвозбуждением при индуцированной фибрилляции предсердий при отсутствии медицинских противопоказаний к катетерной аблации)	Да/Нет
4.	Дано направление в специализированный кардиологический центр (при постоянной или рецидивирующей наджелудочковой тахикардией при отсутствии медицинских противопоказаний при отсутствии медицинских противопоказаний к катетерной аблации)	Да/Нет
5.	Дано направление в специализированный кардиологический центр (при рецидивирующих симптомных атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардией или атриовентрикулярной реципрокной тахикардией при отсутствии медицинских противопоказаний к катетерной аблации)	Да/Нет
6.	Дано направление в специализированный кардиологический центр (при рецидивирующих симптомных эпизодах кавотрикуспидального истмус-зависимого трепетания предсердий при отсутствии медицинских противопоказаний при отсутствии медицинских противопоказаний к катетерной аблации)	Да/Нет

7.	Дано направление в специализированный кардиологический центр (при персистирующем трепетании предсердий или при наличии снижения функции левого желудочка вследствие тахикардиомиопатии при отсутствии медицинских противопоказаний при отсутствии медицинских противопоказаний к катетерной аблации)	Да/Нет
----	--	--------

3.9.11.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при наджелудочковой тахикардии (коды по МКБ - 10: I47.1, I47.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена синхронизированная электроимпульсная терапия при патологии сердца и перикарда (при гемодинамической нестабильности)	Да/Нет
2.	Выполнена синхронизированная электроимпульсная терапия при патологии сердца и перикарда (при неэффективности антиаритмических препаратов при пароксизмальной наджелудочковой тахикардии)	Да/Нет
3.	Выполнено внутривенное введение антиаритмических препаратов (при неэффективности вагусных приемов и трифосаденина при пароксизмальной наджелудочковой тахикардии, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено внутривенное введение трифосаденина (при пароксизмальной наджелудочковой тахикардии по механизму ри-ентри (документированной или предполагаемой) при неэффективности вагусных приемов при отсутствии медицинских противопоказаний))	Да/Нет
5.	Выполнено неинвазивное или внутрисердечное электрофизиологическое исследование (при бессимптомном предвозбуждении желудочков у пациента, работа/хобби/занятия спортом которого связаны с высоким риском)	Да/Нет
6.	Выполнены вагусные приемы (при пароксизмальной наджелудочковой тахикардии по механизму ри-ентри документированной или предполагаемой)	Да/Нет
7.	Дано направление в специализированный кардиологический центр (при рецидивирующих симптомных эпизодах некавотрикуспидального истмус-зависимого трепетания предсердий при отсутствии медицинских противопоказаний к катетерной аблации)	Да/Нет
8.	Дано направление в специализированный кардиологический центр (при антеградном рефрактерном периоде дополнительных атриовентрикулярных соединений ≤ 250 мс; с индуцируемой атриовентрикулярной реципрокной тахикардии, запускающей фибрилляцию предсердий с предвозбуждением желудочков; с множественными дополнительными атриовентрикулярными соединениями; с интервалом RR ≤ 250 мс между двумя QRS-комплексами с предвозбуждением при индуцированной фибрилляции предсердий при отсутствии медицинских противопоказаний к катетерной аблации)	Да/Нет
9.	Дано направление в специализированный кардиологический центр (при постоянной или рецидивирующей наджелудочковой тахикардии отсутствии медицинских противопоказаний при отсутствии медицинских противопоказаний к катетерной аблации)	Да/Нет

10.	Дано направление в специализированный кардиологический центр (при рецидивирующих симптомных атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардии или атриовентрикулярной реципрокной тахикардии, при отсутствии медицинских противопоказаний к катетерной аблации)	Да/Нет
11.	Дано направление в специализированный кардиологический центр (при рецидивирующих симптомных эпизодах кавотрикуспидального истмус-зависимого трепетания предсердий при отсутствии медицинских противопоказаний при отсутствии медицинских противопоказаний к катетерной аблации)	Да/Нет
12.	Дано направление в специализированный кардиологический центр (при персистирующем трепетании предсердий или при наличии снижения функции левого желудочка вследствие тахикардиомиопатии при отсутствии медицинских противопоказаний при отсутствии медицинских противопоказаний к катетерной аблации)	Да/Нет
13.	Дано направление в специализированный кардиологический центр (при рецидивирующих симптомных эпизодах некавотрикуспидального истмус-зависимого трепетания предсердий при отсутствии медицинских противопоказаний к катетерной аблации)	Да/Нет

3.9.12.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи медицинской помощи взрослым при фибрилляции и трепетании предсердий (коды по МКБ - 10: I48.0, I48.1, I48.2, I48.3, I48.4, I48.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (калий, натрий, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, билирубин, креатинин с расчетом клиренса креатинина по формуле Кокрофта — Голта) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врачом-кардиологом	Да/Нет
4.	Выполнена оценка риска тромбоэмболических осложнений согласно шкале CHA2DS2-VASc (при неклапанной фибрилляции предсердий или трепетанием предсердий)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Клинический диагноз установлен с указанием формы фибрилляции предсердий/трепетания предсердий (впервые выявленная, пароксизмальная, персистирующая, длительно персистирующая, постоянная), варианта фибрилляции предсердий — в зависимости от частоты сердечных сокращений, и тяжести клинических проявлений	Да/Нет
9.	Назначена антикоагулянтная терапия антагонистами витамина К и даны рекомендации по контролю международного нормализованного отношения в заданном диапазоне (при митральном стенозе средней или тяжелой степени или при наличии механических протезов клапанов сердца)	Да/Нет

10.	Назначена антикоагулянтная терапия лекарственными препаратами группы антагонисты витамина К или антитромботические средства с обоснованием выбранной дозы и с указанием необходимости подбора дозы с определением международного нормализованного отношения (МНО) (при неклапанной фибрилляции предсердий и высоком риске тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc (≥ 3 баллов у женщин и ≥ 2 баллов у мужчин) при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выбрана и обсуждена с пациентом стратегия лечения фибрилляции предсердий/трепетания предсердий (контроль ритма или частоты) (при установленном диагнозе)	Да/Нет
12.	Назначена лекарственная терапия или интервенционные методы лечения (в случае выбора стратегии контроля ритма (при установленном диагнозе)	Да/Нет
13.	Назначена ритм-урежающая терапия в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения и фармакотерапевтической группой, а также с учетом способа введения и безопасности лекарственного средства (в случае выбора стратегии контроля частоты сердечных сокращений при установленном диагнозе)	Да/Нет

3.9.12.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при фибрилляции и трепетании предсердий (коды по МКБ - 10: I48.0, I48.1, I48.2, I48.3, I48.4, I48.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Клинический диагноз установлен с указанием формы фибрилляции предсердий/трепетания предсердий (впервые выявленная, пароксизмальная, персистирующая, длительно персистирующая, постоянная), варианта фибрилляции предсердий — в зависимости от частоты сердечных сокращений, и тяжести клинических проявлений	Да/Нет
2.	Выбрана и обсуждена с пациентом стратегия лечения фибрилляции предсердий/трепетания предсердий (контроль ритма или частоты) (при установленном диагнозе в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3.	Назначена лекарственная терапия или интервенционные методы лечения (в случае выбора стратегии контроля ритма при установленном диагнозе в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
4.	Назначена ритм-урежающая терапия в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения и фармакотерапевтической группой, а также с учетом способа введения и безопасности лекарственного средства (в случае выбора стратегии контроля частоты сердечных сокращений при установленном диагнозе в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (калий, натрий, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, билирубин, креатинин с расчетом клиренса креатинина по формуле Кокрофта — Голта)	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
7.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма	Да/Нет
8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врачом-кардиологом	Да/Нет

9.	Выполнена оценка риска тромбоэмболических осложнений согласно шкале CHA2DS2-VASc (при неклапанной фибрилляции предсердий или трепетанием предсердий)	Да/Нет
10.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
11.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
12.	Проведена антикоагулянтная терапия антагонистами витамина К и даны рекомендации по контролю международного нормализованного отношения в заданном диапазоне (при митральном стенозе средней или тяжелой степени или при наличии механических протезов клапанов сердца)	Да/Нет
13.	Проведена антикоагулянтная терапия лекарственными препаратами группы антагонисты витамина К или антитромботические средства с обоснованием выбранной дозы и с указанием необходимости подбора дозы с определением международного нормализованного отношения (МНО) (при неклапанной фибрилляции предсердий и высоком риске тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc (≥ 3 баллов у женщин и ≥ 2 баллов у мужчин) при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.9.13.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи медицинской помощи взрослым при хронической сердечной недостаточности (коды по МКБ - 10: I50.0, I50.1, I50.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, расчетная скорость клубочковой фильтрации, калий, натрий, глюкоза, билирубин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы в 12 отведениях (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Назначена терапия лекарственными препаратами группы ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина II или валсартан+сакубитрилом или бета-адреноблокаторами и антагонистами альдостерона (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.9.13.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хронической сердечной недостаточности (коды по МКБ - 10: I50.0, I50.1, I50.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, расчетная скорость клубочковой фильтрации, калий, натрий, глюкоза, билирубин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет

4.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (в случае, если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы в 12 отведениях	Да/Нет
6.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина II или валсартан+сакубитрилом или бета-адреноблокаторами и антагонистами альдостерона (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы "петлевые" диуретики или вазодилататоры для лечения заболеваний сердца или кардиотонические средства, кроме сердечных гликозидов, или адренергические и дофаминергические средства (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (при острой декомпенсации сердечерй недостаточности)	Да/Нет

3.9.14. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром нарушении мозгового кровообращения (коды по МКБ - 10: I60 - I63; G45; G46)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-неврологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография головы или магнитно-резонансная томография головы с описанием и интерпретацией результата не позднее 40 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерно-томографическая ангиография и/или магнитно-резонансная ангиография и/или рентгеноконтрастная ангиография церебральных сосудов (при субарахноидальном кровоизлиянии)	Да/Нет
4.	Выполнено определение уровня глюкозы в периферической крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
5.	Выполнено определение уровня тромбоцитов в крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
6.	Выполнено определение международного нормализованного отношения и активированного частичного тромбопластинового времени не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнен системный внутривенный тромболитис не позднее 40 минут от момента установления диагноза (при ишемическом инсульте при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнена спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (при наличии менингеальной симптоматики и отсутствии признаков кровоизлияния по данным компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии головы)	Да/Нет

9.	Выполнена консультация врача-нейрохирурга не позднее 60 минут от момента установления диагноза внутричерепного кровоизлияния	Да/Нет
10.	Начато лечение в условиях блока (палаты) интенсивной терапии или отделения реанимации не позднее 60 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
11.	Выполнено стандартизированное скрининговое тестирование функции глотания не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
12.	Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго и неврологического статуса по шкале инсульта NIH не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
13.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза)	Да/Нет
14.	Начата индивидуальная нутритивная поддержка не позднее 24 часов от момента поступления в стационар с последующей ежедневной коррекцией	Да/Нет
15.	Выполнено определение патогенетического варианта ишемического инсульта по критериям TOAST	Да/Нет
16.	Выполнена профилактика повторных сосудистых нарушений лекарственными препаратами группы антиагреганты при некардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта или лекарственными препаратами группы антикоагулянты при кардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17.	Начата медицинская реабилитация не позднее 48 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
18.	Выполнена оценка по шкале Рэнкин в первые 24 часа от момента поступления в стационар и на момент выписки из стационара	Да/Нет
19.	Оценка по шкале Рэнкин уменьшилась не менее чем на 1 балл за время пребывания в стационаре	Да/Нет
20.	Отсутствие пролежней в период госпитализации	Да/Нет
21.	Отсутствие тромбозов и тромбозов в период госпитализации	Да/Нет

3.9.15. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при эмболии и тромбозе артерий (код по МКБ-10: I74)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено цветное дуплексное сканирование и/или ангиография пораженных сегментов артерий	Да/Нет

2.	Выполнено измерение систолического артериального давления и расчет лодыжечно-плечевого индекса на обеих ногах (при тромбозах и эмболиях артерий нижних конечностей)	Да/Нет
3.	Проведена консультация врачом-кардиологом	Да/Нет
4.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 6 часов от момента эмболии (тромбоза) (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Проведена терапия ацетилсалициловой кислотой (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы гепарины (при хирургическом вмешательстве и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено определение активированного частичного тромбопластинового времени в крови (АЧТВ) не реже 1 раз в 24 часа (применении лекарственных препаратов группы гепарины)	Да/Нет
9.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.9.16. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при флебите и тромбфлебите, эмболии и тромбозе других вен (коды по МКБ-10: I80; I82)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено цветное дуплексное сканирование вен и/или флебография	Да/Нет
2.	Проведена эластическая компрессия нижних конечностей	Да/Нет
3.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы гепарины и/или антикоагулянтными средствами непрямого действия (антагонистами витамина К) и/или нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами не позднее четырех часов от момента поступления в стационар (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено определение активированного частичного тромбопластинового времени в крови (АЧТВ) не реже 1 раза в 24 часа в случае применения лекарственных препаратов группы гепарины	Да/Нет
5.	Выполнено определение международного нормализованного отношения (МНО) не реже 1 раза в 72 часа (применении антикоагулянтных лекарственных препаратов непрямого действия (антагонистов витамина К))	Да/Нет
6.	Отсутствие развития легочной эмболии в период госпитализации	Да/Нет
7.	Достигнуто целевое значение международного нормализованного	Да/Нет

	отношения (МНО) (применении антикоагулянтных лекарственных препаратов непрямого действия (антагонистов витамина К))	
--	---	--

3.9.17. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при варикозном расширении вен нижних конечностей (код по МКБ-10: I83)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено цветное дуплексное сканирование вен нижних конечностей	Да/Нет
2.	Выполнено флебосклерозирующее вмешательство или хирургическое вмешательство и/или консервативное лечение (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Проведена эластическая компрессия нижних конечностей	Да/Нет
4.	Отсутствие кровотечения из варикозных вен в период госпитализации	Да/Нет
5.	Отсутствие трофических нарушений или регресс трофических нарушений на момент выписки из стационара	Да/Нет
6.	Достигнута ликвидация патологических рефлюксов в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.9.18. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при закупорке и стенозе прецеребральных артерий, не приводящих к инфаркту мозга (код по МКБ-10: I65)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий	Да/Нет
2.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
3.	Выполнена коронарография	Да/Нет
4.	Выполнена консультация врачом-неврологом до хирургического вмешательства	Да/Нет
5.	Проведена терапия ацетилсалициловой кислотой (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы гепарины (при хирургическом вмешательстве и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено определение активированного частичного тромбопластинового времени в крови (АЧТВ) не реже 1 раза в 24 часа (применении лекарственных препаратов группы гепарины)	Да/Нет

8.	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий не позднее 72 часов от момента хирургического вмешательства и перед выпиской из стационара (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
10.	Выполнено исследование времени свертывания крови не позднее 24 часов и повторно не позднее 72 часов от момента хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
11.	Достигнуто устранение стеноза после хирургического вмешательства по данным дуплексного сканирования в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
12.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
13.	Отсутствие тромбоза зоны реконструкции в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.9.19. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при атеросклерозе (код по МКБ-10: I70)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено электрокардиографическое исследование	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевины, глюкоза, креатинкиназа)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический	Да/Нет
4.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
6.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
7.	Выполнена цветное дуплексное сканирование и/или ангиография пораженных сегментов артерий	Да/Нет
8.	Выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий в случае отсутствия проведения данного исследования в течение 12 месяцев	Да/Нет
9.	Выполнено измерение систолического артериального давления и расчет лодыжечно-плечевого индекса на обеих ногах (при атеросклерозе артерий нижних конечностей)	Да/Нет
10.	Проведена терапия ацетилсалициловой кислотой (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

11.	Проведена терапия гиполипидемическими лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Проведена терапия лекарственными препаратами: ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы гепарины (при хирургическом вмешательстве и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
14.	Выполнено определение активированного частичного тромбопластинового времени в крови (АЧТВ) не реже 1 раз в 24 часа (применении лекарственных препаратов группы гепарины)	Да/Нет
15.	Выполнено исследование функции нефронов по клиренсу креатинина после исследования с использованием контрастирующих веществ	Да/Нет
16.	Достигнуто устранение стеноза после хирургического вмешательства по данным дуплексного сканирования в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
17.	Отсутствие тромбоза зоны реконструкции в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
18.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
19.	Отсутствие кровотечения в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве и/или ангиографии)	Да/Нет
20.	Отсутствие формирования пульсирующей гематомы в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве и/или ангиографии)	Да/Нет

3.9.20. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при варикозном расширении вен мошонки (код по МКБ-10: I86.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки	Да/Нет
2.	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации	Да/Нет
4.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
6.	Отсутствие рецидива заболевания в период госпитализации	Да/Нет

3.10. Критерии оценки качества при болезнях органов дыхания

3.1.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям и взрослым острым обструктивным ларингите [крупе] и эпиглоттите (коды по МКБ - 10: J05.0, J05.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Проведено/назначено ингаляционное введение лекарственных препаратов (глюкокортикоиды (для ингаляционного применения) и/или группы глюкокортикоиды (для системного применения) (при обструктивном ларингите, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнена пульсоксиметрия (при остром обструктивном ларингите)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при остром обструктивном ларингите)	Да/Нет
4.	Проведено ингаляционное введение кислорода (до достижения сатурации 92% и более (при сатурации менее 92%), детям с острым обструктивным ларингитом, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при остром эпиглоттите)	Да/Нет
6.	Выполнена пульсоксиметрия (при остром эпиглоттите)	Да/Нет

3.10.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям и взрослым острым обструктивным ларингите [крупе] и эпиглоттите (коды по МКБ - 10: J05.0, J05.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Проведено/назначено ингаляционное введение лекарственных препаратов (глюкокортикоиды (для ингаляционного применения) и/или группы глюкокортикоиды (для системного применения) (при обструктивном ларингите, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнена пульсоксиметрия (при остром обструктивном ларингите)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при остром обструктивном ларингите)	Да/Нет
4.	Проведено ингаляционное введение кислорода (до достижения сатурации 92% и более (при сатурации менее 92%), детям с острым обструктивным ларингитом, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при остром эпиглоттите)	Да/Нет
6.	Выполнена пульсоксиметрия (при остром эпиглоттите)	Да/Нет
7.	Проведено парентеральное введение антибактериального препарата системного действия (при остром эпиглоттите, при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена интубация трахеи (при остром эпиглоттите)	Да/Нет
9.	Проведено ингаляционное введение кислорода (до достижения сатурации 92% и более при сатурации менее 92%, при остром эпиглоттите, при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

3.10.5.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при внебольничной пневмонии у взрослых (коды по МКБ - 10: J13-J16, J18)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный или прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено измерение частоты сердцебиения (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено измерение частоты дыхания (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена термометрия общая (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена пульсоксиметрия (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки в передней прямой и боковой проекциях (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнена оценка прогноза по шкале CURB/CRB-65 или PORT (при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнено назначение антибактериальных препаратов системного действия не позднее 8 часов с момента установления диагноза (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний на амбулаторном этапе лечения)	Да/Нет
11.	Выполнено назначение пероральных антибактериальных препаратов системного действия (при отсутствии медицинских противопоказаний на амбулаторном этапе лечения)	Да/Нет
12.	Выполнена оценка эффективности и безопасности стартового режима антибактериальной терапии через 48-72 часов (на амбулаторном этапе лечения)	Да/Нет
13.	Выполнена оценка соответствия критериям достаточности при отмене антибактериальной терапии: стойкое снижение температуры тела $<37,2^{\circ}\text{C}$ в течение не менее 48 ч; отсутствие интоксикационного синдрома; частота дыхания $<20/\text{мин}$ (у пациентов без хронической дыхательной недостаточности); отсутствие гнойной мокроты (за исключением пациентов с ее постоянной продукцией); количество лейкоцитов в крови $<10 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилов $<80\%$, юных форм $<6\%$ (на амбулаторном этапе лечения)	Да/Нет
14.	Выполнена оценка эффективности и безопасности стартового режима антибактериальной терапии через 48-72 часов (на стационарном этапе лечения)	Да/Нет
15.	Выполнена оценка соответствия критериям достаточности при отмене антибактериальной терапии (на стационарном этапе лечения)	Да/Нет
16.	Даны рекомендации по иммунизации вакциной для профилактики пневмококковой инфекции (при высоком риске развития пневмококковых инфекций, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17.	Даны рекомендации по иммунизации вакциной для профилактики гриппа (при высоком риске осложненного течения гриппа, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.10.5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при внебольничной пневмонии у взрослых (коды по МКБ - 10: J13-J16, J18)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный или прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено измерение частоты сердцебиения (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено измерение частоты дыхания (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена термометрия общая (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена пульсоксиметрия (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (для госпитализированных пациентов при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (для госпитализированных пациентов при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнено исследование уровня прокальцитонина в крови (у пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией при установлении диагноза)	Да/Нет
11.	Выполнено исследование газов артериальной крови (у госпитализированных пациентов с острой дыхательной недостаточностью и SpO ₂ < 90% при установлении диагноза)	Да/Нет
12.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (у пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией при установлении диагноза)	Да/Нет
13.	Выполнено микроскопическое исследование нативного и окрашенного препарата мокроты и/или трахеального аспирата (для госпитализированных пациентов при установлении диагноза)	Да/Нет
14.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты или трахеального аспирата на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (для госпитализированных пациентов при установлении диагноза)	Да/Нет
15.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность (у пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией при установлении диагноза)	Да/Нет
16.	Выполнено определение антигена возбудителя пневмококковой инфекции (<i>Streptococcus pneumoniae</i>) в моче (у пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией при установлении диагноза)	Да/Нет
17.	Выполнено определение антигена возбудителя легионеллеза (<i>Legionella/pneumophila</i>) в моче (экспресс-тест на антигенурию) (у пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией при установлении диагноза)	Да/Нет
18.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки на вирус гриппа (<i>Influenza virus</i>) и/или молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки ротоглотки на вирус гриппа (<i>Influenza virus</i>) и/или молекулярно-биологическое исследование бронхоальвеолярной лаважной жидкости на вирус гриппа (<i>Influenza virus</i>) и/или молекулярно-биологическое исследование мокроты (индуцированной мокроты, фаринго-трахеальных аспириатов) на вирус гриппа (<i>Influenza virus</i>) (в период сезонного подъема	Да/Нет

	заболеваемости гриппом в регионе у пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией при установлении диагноза)	
19.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки в передней прямой и боковой проекциях (при установлении диагноза)	Да/Нет
20.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (у пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией при установлении диагноза)	Да/Нет
21.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (для госпитализированных пациентов при установлении диагноза)	Да/Нет
22.	Выполнена оценка прогноза по шкале CURB/CRB-65 или PORT (при установлении диагноза)	Да/Нет
23.	Выполнена оценка тяжести внебольничной пневмонии по шкале АТО/АОИБ или SMART-COP (для госпитализированных пациентов при установлении диагноза)	Да/Нет
24.	Выполнено назначение антибактериальных препаратов системного действия не позднее 8 часов с момента установления диагноза (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний на амбулаторном этапе лечения)	Да/Нет
25.	Выполнена оценка эффективности и безопасности стартового режима антибактериальной терапии через 48-72 часов (на амбулаторном этапе лечения)	Да/Нет
26.	Выполнена оценка соответствия критериям достаточности при отмене антибактериальной терапии: стойкое снижение температуры тела $<37,2^{\circ}\text{C}$ в течение не менее 48 ч; отсутствие интоксикационного синдрома; частота дыхания <20 /мин (у пациентов без хронической дыхательной недостаточности); отсутствие гнойной мокроты (за исключением пациентов с ее постоянной продукцией); количество лейкоцитов в крови $<10 \times 10^9$ /л, нейтрофилов $<80\%$, юных форм $<6\%$ (на амбулаторном этапе лечения)	Да/Нет
27.	Проведена терапия антибактериальными препаратами системного действия в течение 4 часов с момента установления диагноза или в течение 1 часа (при тяжелой внебольничной пневмонии и септическом шоке, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (на стационарном этапе лечения)	Да/Нет
28.	Проведена терапия внутривенными формами антибактериальных препаратов системного действия для стартовой терапии (при тяжелой внебольничной пневмонии, при отсутствии медицинских противопоказаний) (на стационарном этапе лечения)	Да/Нет
29.	Проведена комбинированная антибактериальной терапией в первой линии (при тяжелой внебольничной пневмонии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (на стационарном этапе лечения)	Да/Нет
30.	Выполнена оценка эффективности и безопасности стартового режима антибактериальной терапии через 48-72 часов (на стационарном этапе лечения)	Да/Нет
31.	Проведен перевод с парентерального режима приема антибактериальных препаратов системного действия на пероральный режим (при достижении критериев клинической стабильности при отсутствии медицинских противопоказаний) (на стационарном этапе лечения)	Да/Нет
32.	Выполнена оценка соответствия критериям достаточности при отмене антибактериальной терапии (на стационарном этапе лечения)	Да/Нет

33.	Выполнена оксигенотерапия (при SpO2 <90% и PaO2 < 60 мм рт. ст. при дыхании воздухом) (на стационарном этапе)	Да/Нет
34.	Выполнена высокопоточная оксигенотерапия или неинвазивная вентиляция легких (при гипоксемии и/или видимой работе дыхания на фоне стандартной оксигенотерапии при тяжелой внебольничной пневмонии) (на стационарном этапе лечения)	Да/Нет
35.	Выполнена вентиляция легких в положении «лежа на животе» (при тяжелой внебольничной пневмонии, при гипоксемии и индексе PaO2/FiO2 менее 150 мм рт.ст.) (на стационарном этапе лечения)	Да/Нет
36.	Выполнен контроль положительного давления на выдохе (PEEP) и дыхательного объема с поддержанием целевых показателей при искусственной вентиляции легких (при тяжелой внебольничной пневмонии) (на стационарном этапе лечения)	Да/Нет
37.	Выполнена терапия гидрокортизоном (при тяжелой внебольничной пневмонии, осложненной септическим шоком < 1 суток, при рефрактерном септическом шоке, при необходимости использования норэпинефрина в дозе, превышающей 0,5 мкг/кг/мин) (при отсутствии медицинских противопоказаний) (на стационарном этапе лечения)	Да/Нет
38.	Проведено назначение парентеральных антитромботических средств в профилактической дозе (при тяжелой внебольничной пневмонии, в зависимости от медицинских показаний) (на стационарном этапе лечения)	Да/Нет
39.	Даны рекомендации по иммунизации вакциной для профилактики пневмококковой инфекции (при высоком риске развития пневмококковых инфекций, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
40.	Даны рекомендации по иммунизации вакциной для профилактики гриппа (при высоком риске осложненного течения гриппа, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.10.7.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при бронхите (коды по МКБ - 10: J20, J40, J41, J42)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при наличии подозрения на пневмонию)	Да/Нет

3.10.7.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при бронхите (коды по МКБ - 10: J20, J40, J41, J42)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови (при лихорадке более 39°C с признаками интоксикации, дыхательной недостаточности, подозрении на бактериальную инфекцию)	Да/Нет
3.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при	Да/Нет

	наличии подозрения на пневмонию)	
--	----------------------------------	--

3.10.8. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при аллергическом рините (коды по МКБ - 10: J30.1, J30.2, J30.3, J30.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено назначение элиминационной терапии (даны рекомендации по ограничению контакта с аллергеном и назначена ирригационная терапия при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено назначение глюкокортикоидов (назального применения) или лейкотриеновых рецепторов антагонистов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено назначение антигистаминных средств системного действия (без седативного эффекта) или антигистаминных препаратов для местного применения (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено передняя риноскопия	Да/Нет
5.	Выполнено кожное тестирование с небактериальными аллергенами или определение уровня аллерген-специфических IgE антител	

3.10.9. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при аллергическом рините (коды по МКБ - 10: J30.1, J30.2, J30.3, J30.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена элиминационная терапия (ограничен контакт с аллергеном и выполнена ирригационная терапия при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено введение глюкокортикоидов (назального применения) или лейкотриеновых рецепторов антагонисты (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено введение антигистаминных средств системного действия (без седативного эффекта) или антигистаминных препаратов для местного применения (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена передняя риноскопия	Да/Нет
5.	Выполнено кожное тестирование с небактериальными аллергенами или определение уровня аллерген-специфических IgE антител	Да/Нет

3.10.10.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хроническом бронхите (коды по МКБ - 10: J40-J42)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный и/или прием врача (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена оценка индекса курящего человека (пачек-лет) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена оценка характера кашля по времени возникновения, по периодичности, характеру, интенсивности, звучности, продолжительности, течению	Да/Нет

4.	Выполнена оценка частоты обострений (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена пульсоксиметрия (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена рентгенография легких (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (при обострении хронического бронхита, при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Даны рекомендации по отказу от курения (при стабильном течении хронического бронхита)	Да/Нет
10.	Даны рекомендации по иммунизации вакциной для профилактики пневмококковой инфекции (при стабильном течении хронического бронхита, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Даны рекомендации по иммунизации вакциной для профилактики гриппа (при стабильном течении хронического бронхита, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Выполнена оценка симптомов заболевания через 3 месяца (при стабильном течении хронического бронхита)	Да/Нет
13.	Выполнена пульсоксиметрия (при обострении хронического бронхита)	Да/Нет
14.	Проведена терапия антибактериальными препаратами системного действия (при обострении хронического бронхита с факторами риска осложненного течения, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
15.	Проведена терапия антибактериальными препаратами системного действия (при обострении хронического бронхита без факторов риска осложненного течения, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.10.10.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хроническом бронхите (коды по МКБ - 10: J40-J42)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный и/или прием врача (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена оценка индекса курящего человека (пачек-лет) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена оценка частоты обострений (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена пульсоксиметрия (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (спирометрия) с бронходилатационным тестом (при установлении диагноза, при дифференциальном диагнозе с хронической обструктивной болезнью легких)	Да/Нет
6.	Выполнена рентгенография легких (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при хроническом бронхите нестабильного течения, при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (при обострении хронического бронхита, при установлении диагноза)	Да/Нет

10.	Даны рекомендации по отказу от курения (при стабильном течении хронического бронхита)	Да/Нет
11.	Даны рекомендации по иммунизации вакциной для профилактики пневмококковой инфекции (при стабильном течении хронического бронхита, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Даны рекомендации по иммунизации вакциной для профилактики гриппа (при стабильном течении хронического бронхита, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Выполнена пульсоксиметрия (при обострении хронического бронхита)	Да/Нет
14.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при обострении хронического бронхита)	Да/Нет
15.	Выполнена рентгенография легких (при обострении хронического бронхита)	Да/Нет
16.	Проведена терапия антибактериальными препаратами системного действия (при обострении хронического бронхита с факторами риска осложненного течения, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.10.11.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при эмфиземе легких (коды по МКБ - 10: J43)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога и/или прием врача (осмотр, консультация) врача-терапевта (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена оценка индекса курящего человека (пачек-лет) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена пульсоксиметрия (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование дыхательных объемов с бронходилатационным тестом (спирометрия) (при установлении диагноза, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено определение активности альфа-1-антитрипсина в крови (при клинических признаках дефицита альфа-1-антитрипсина, при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнен комплекс исследований для диагностики недостаточности альфа1 антитрипсина (определение фенотипа и генотипа дефицита альфа-1-антитрипсина) (при клинических признаках дефицита альфа-1-антитрипсина и/или сниженной концентрацией альфа-1-антитрипсина, при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Даны рекомендации по отказу от курения	Да/Нет
8.	Выполнено назначение препарата для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей в форме для ингаляций с коротким сроком действия (при наличии хронической обструктивной болезни легких в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено назначение лекарственного препарата для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей в форме для ингаляций с длительным сроком действия: селективный бета 2-адреномиметик или антихолинергические средства или комбинация из антихолинергических средств и селективного бета 2-адреномиметика (при наличии хронической обструктивной болезни легких, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

10.	Выполнено назначение заместительной терапия (некурящим пациентам с эмфиземой легких старше 18 лет с дефицитом альфа-1-антитрипсина фенотипов Pi*ZZ, Pi*ZNull, Pi*NullNull или с редкими дефицитными вариантами при наличии респираторных симптомов, уровне альфа-1-антитрипсина <11 мкмоль/л, ОФВ1 в пределах 30–65%, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
-----	--	--------

3.10.11.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при эмфиземе легких (коды по МКБ - 10: J43)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный и/или прием врача (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена оценка индекса курящего человека (пачек-лет) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена пульсоксиметрия (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование дыхательных объемов с бронходилатационным тестом (спирометрия) (при установлении диагноза, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при дефиците альфа-1-антитрипсина, при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Даны рекомендации по отказу от курения	Да/Нет
9.	Проведена терапия препаратом для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей в форме для ингаляций с коротким сроком действия (при наличии хронической обструктивной болезни легких в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнено назначение лекарственного препарата для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей в форме для ингаляций с длительным сроком действия: селективный бета 2-адреномиметик или антихолинергические средства или комбинация из антихолинергических средств и селективного бета 2-адреномиметика (при наличии хронической обструктивной болезни легких, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Проведена кислородотерапия (при SpO2 менее 88% при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.10.12.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хронической обструктивной болезни легких (коды по МКБ - 10: J44)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный и/или прием врача (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена оценка индекса курящего человека (пачек-лет) (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.	Выполнена оценка симптомов по шкале mMRC или CAT (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена оценка частоты обострений (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена пульсоксиметрия (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (спирометрия) с бронходилатационным тестом (при выявлении признаков бронхиальной обструкции (ОФВ1/ФЖЕЛ<0,7) (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Даны рекомендации по отказу от курения (при стабильной хронической обструктивной болезни легких)	Да/Нет
8.	Выполнено обучение самоуходу (правильное использование ингаляторов) (при стабильной хронической обструктивной болезни легких)	Да/Нет
9.	Проведена терапия/Выполнено назначение ингаляционного введения кислорода (длительной кислородотерапии) (пациентам со стабильной хронической обструктивной болезнью легких при SaO2<88%, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Даны рекомендации по иммунизации вакциной для профилактики пневмококковой инфекции (при стабильной хронической обструктивной болезни легких, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Даны рекомендации по иммунизации вакциной для профилактики гриппа (при стабильной хронической обструктивной болезни легких, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога повторный или прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный (при обострении хронической обструктивной болезни легких)	Да/Нет
13.	Выполнена пульсоксиметрия (при обострении хронической обструктивной болезни легких)	Да/Нет
14.	Выполнено назначение антибактериальных препаратов системного действия (при обострении хронической обструктивной болезни легких при появлении гнойной мокроты и/или при уровне С-реактивного белка более 10 мг/л, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.10.12.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хронической обструктивной болезни легких (коды по МКБ - 10: J44)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный и/или прием врача (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена оценка индекса курящего человека (пачек-лет) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена оценка симптомов по шкале mMRC или CAT (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена оценка частоты обострений (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена пульсоксиметрия (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (спирометрия) с бронходилатационным тестом (при выявлении признаков бронхиальной обструкции (ОФВ1/ФЖЕЛ<0,7) (при установлении диагноза)	Да/Нет

7.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (в прямой проекции) (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
9.	Даны рекомендации по отказу от курения (при стабильной хронической обструктивной болезни легких)	Да/Нет
10.	Даны рекомендации по иммунизации вакциной для профилактики пневмококковой инфекции (при стабильной хронической обструктивной болезни легких, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Даны рекомендации по иммунизации вакциной для профилактики гриппа (при стабильной хронической обструктивной болезни легких, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога повторный или прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный (при обострении хронической обструктивной болезни легких)	Да/Нет
13.	Выполнена пульсоксиметрия (при обострении хронической обструктивной болезни легких)	Да/Нет
14.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при обострении хронической обструктивной болезни легких)	Да/Нет
15.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (при обострении хронической обструктивной болезни легких)	Да/Нет
16.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при обострении хронической обструктивной болезни легких)	Да/Нет
17.	Проведена терапия антибактериальными препаратами системного действия (при обострении хронической обструктивной болезни легких при появлении гнойной мокроты и/или при уровне С-реактивного белка более 10 мг/л, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.10.13.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при бронхиальной астме (коды по МКБ - 10: J45, J46)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов (спирометрия с бронходилатационным тестом) (при отсутствии медицинских противопоказаний при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки или компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза, при необходимости исключения/подтверждения альтернативных диагнозов)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена пульсоксиметрия (при обострении бронхиальной астмы)	Да/Нет
5.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции (при обострении бронхиальной астмы, для исключения медиастинальной эмфиземы или пневмоторакса, при подозрении на пневмонию, клинических признаках угрожающего жизни обострения, необходимости механической вентиляции легких)	

3.10.13.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при бронхиальной астме (коды по МКБ - 10: J45, J46)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов (спирометрия с бронходилатационным тестом) (при отсутствии медицинских противопоказаний при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки или компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза, при необходимости исключения/подтверждения альтернативных диагнозов)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при обострении бронхиальной астмы при SpO2<90%)	Да/Нет
5.	Выполнена пульсоксиметрия (при обострении бронхиальной астмы)	Да/Нет
6.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции (при обострении бронхиальной астмы, для исключения медиастинальной эмфиземы или пневмоторакса, при подозрении на пневмонию, клинических признаках угрожающего жизни обострения, необходимости механической вентиляции легких)	Да/Нет
7.	Проведено ингаляционное введение кислорода (при SpO2 менее 90%) (при обострении бронхиальной астмы при отсутствии медицинских противопоказаний)	

3.10.14.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при бронхиальной астме (коды по МКБ - 10: J45, J46)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
6.	Выполнено исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов (спирометрия с бронходилатационным тестом) (при отсутствии медицинских противопоказаний при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнено назначение глюкокортикоидов в ингаляционной форме или лейкотриеновых рецепторов антагонистов (при стабильной бронхиальной астме при отсутствии контроля заболевания, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнена пульсоксиметрия (при обострении бронхиальной астмы)	Да/Нет
10.	Выполнено исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов (спирометрия с бронходилатационной пробой) (при обострении бронхиальной астмы при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Назначена терапия лекарственными препаратами группы глюкокортикоиды (ингаляционно или системного действия) (в зависимости от медицинских показаний при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.10.14.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при бронхиальной астме (коды по МКБ - 10: J45, J46)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения

1	Выполнено исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов (спирометрия с бронходилатационным тестом) (при отсутствии медицинских противопоказаний при установлении диагноза)	Да/Нет
2	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
3	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза)	Да/Нет
4	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при обострении бронхиальной астмы при SpO ₂ <90%)	Да/Нет
5	Выполнена пульсоксиметрия (при обострении бронхиальной астмы)	Да/Нет
6	Выполнено исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов (спирометрия с бронходилатационной пробой) (при обострении бронхиальной астмы при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7	Выполнена рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции (при обострении бронхиальной астмы)	Да/Нет
8	Проведена терапия лекарственными препаратами группы глюкокортикоиды (ингаляционно или системного действия) (в зависимости от медицинских показаний при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9	Проведено ингаляторное введение кислорода (при SpO ₂ менее 90%) (при обострении бронхиальной астмы при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.10.15. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при спонтанном пневмотораксе (коды по МКБ - 10: J93.0 - J93.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография грудной клетки в прямой и боковой проекциях не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнена пункция и/или дренирование плевральной полости не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое вмешательство (при неэффективности дренирования плевральной полости в течение 72 часов)	Да/Нет
5.	Выполнена контрольная рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях	Да/Нет
6.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
7.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации	Да/Нет
8.	Достигнуто расправление легкого на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.10.16. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при острой респираторной вирусной инфекции (коды по МКБ - 10: J00; J02.8 - J02.9; J04; J06)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий анализ мочи (при повышении температуры тела выше 38 °С)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови (при повышении температуры тела выше 38,0 С)	Да/Нет
4.	Проведена элиминационная терапия (промывание полости носа физиологическим раствором или стерильным раствором морской воды) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение местными деконгестантами (сосудосуживающие капли в нос) коротким курсом от 48 до 72 часов (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.10.17. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при перитонзиллярном абсцессе (коды по МКБ - 10: J36)

№ п/п	Критерий качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-оториноларингологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 3 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
4.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из полости абсцесса с определением чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам	Да/Нет
5.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.1.18.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при идиопатическом легочном фиброзе (коды по МКБ - 10: J84.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.	Выполнено определение содержания антител к циклическому цитрулиновому пептиду (анти-CCP) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено определение содержания ревматоидного фактора в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено определение содержания антинуклеарных антител к Sm-антигену (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
7.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	Да/Нет

3.10.18.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при идиопатическом легочном фиброзе (коды по МКБ - 10: J84.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено определение содержания антител к циклическому цитрулиновому пептиду (анти-CCP) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено определение содержания ревматоидного фактора в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено определение содержания антинуклеарных антител к Sm-антигену (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
7.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	Да/Нет
8.	Выполнен тест с 6-минутной ходьбой	Да/Нет
9.	Проведена кислородотерапия (при SpO2 менее 88% в покое при дыхании комнатным воздухом)	Да/Нет

3.10.19.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при гипертрофии аденоидов, гипертрофии небных миндалин (коды по МКБ - 10: J35.1, J35.2, J35.3, J35.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография носоглотки (в боковой проекции) и/или эндоскопическая эндоназальная ревизия (диагностическая эндоскопия) полости носа, носоглотки (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога повторный (амбулаторно, не позднее 14 дней от момента выписки ребёнка из стационара после операции)	Да/Нет

3.10.19.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при гипертрофии аденоидов, гипертрофии небных миндалин (коды по МКБ - 10: J35.1, J35.2, J35.3, J35.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	Да/Нет

2.	Проведено хирургическое вмешательство: аденотомия или тонзиллотомия или аденотомия с одномоментной тонзиллотомией в условиях общего обезболивания	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога повторный (после операции перед выпиской из стационара)	Да/Нет

3.10.20.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при остром синусите (коды по МКБ - 10: J01)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография придаточных пазух носа, гортани (при затяжном тяжелом течении острого синусита при отсутствии эффекта от двух и более курсов системной антибактериальной терапии или сложных диагностических случаях)	Да/Нет
3.	Выполнено назначение антибактериальных препаратов системного действия (пациентам с острым синуситом, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

3.10.20.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям острым синуситом (коды по МКБ - 10: J01)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография придаточных пазух носа, гортани (при подозрении на развитие внутричерепных или орбитальных осложнений, при затяжном тяжелом течении острого синусита при отсутствии эффекта от двух и более курсов системной антибактериальной терапии или сложных диагностических случаях)	Да/Нет
3.	Проведена терапия антибактериальными препаратами системного действия (пациентам с острым синуситом, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
4.	Проведено хирургическое вмешательство (при наличии орбитальных или внутричерепных осложнений)	Да/Нет

3.10.21.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при отите среднем остром (коды по МКБ - 10: H65.0, H65.1, H66.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	Да/Нет
2.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (при наличии отделяемого из барабанной полости)	Да/Нет
3.	Выполнено определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам (при наличии отделяемого из барабанной полости)	Да/Нет
4.	Выполнено назначение антибактериальных препаратов системного действия (в зависимости от медицинских показаний при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

3.10.21.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при отите среднем остром (коды по МКБ - 10: H65.0, H65.1, H66.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	Да/Нет
2.	Проведен парацентез барабанной перепонки (по показаниям)	Да/Нет
3.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (в стационаре при проведении парацентеза или при наличии отделяемого из барабанной полости)	Да/Нет
4.	Выполнено определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам (в стационаре при проведении парацентеза или при наличии отделяемого из барабанной полости)	Да/Нет
5.	Проведена терапия антибактериальными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

3.10.22.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при остром тонзиллите и фарингите (коды по МКБ - 10: J02, J02.0, J02.8, J02.9, J03, J03.0, J03.8, J03.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено назначение терапии антибактериальными препаратами системного действия (при подтверждении бета-гемолитический стрептококк группы А-этиологии процесса или высокой ее вероятности, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

3.10.22.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при остром тонзиллите и фарингите (коды по МКБ - 10: J02, J02.0, J02.8, J02.9, J03, J03.0, J03.8, J03.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Проведена терапия антибактериальными препаратами системного действия (при подтверждении бета-гемолитический стрептококк группы А-этиологии процесса или высокой ее вероятности, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

3.10.23.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при паратонзиллярном абсцессе (коды по МКБ - 10: J36)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	Да/Нет

3.10.23.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при паратонзиллярном абсцессе (коды по МКБ - 10: J36)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	Да/Нет

2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) мочи	Да/Нет
4.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (после вскрытия абсцесса)	Да/Нет
5.	Проведена терапия антибактериальными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии показаний)	Да/Нет

3.10.24.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям и взрослым при хроническом тонзиллите (коды по МКБ - 10: J35.0 J35.8 J35.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога с проведением фарингоскопии	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
4.	Назначена терапия антибактериальными препаратами системного действия (при подтверждении бета-гемолитический стрептококк группы А-этиологии хронического тонзиллита, в зависимости от медицинских показаний при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.10.24.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям и взрослым при хроническом тонзиллите (коды по МКБ - 10: J35.0 J35.8 J35.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога с проведением фарингоскопии	Да/Нет
2.	Выполнено хирургическое лечение (двусторонняя тонзиллэктомия)	Да/Нет

3.10.25. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при остром бронхолите коды по МКБ - 10: J21: J21.0 ; J21.8; J21.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
5.	Выполнена пульсоксиметрия (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена пульсоксиметрия (контрольная) и/или суточное прикроватное мониторирование жизненных функций и параметров (артериального давления, исследование пульса, измерение частоты дыхания, исследование уровня кислорода крови, определение объема мочи)	Да/Нет
7.	Проведено ингаляционное введение кислорода (до достижения сатурации 92% и более (при сатурации менее 92% при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

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

3.11.1. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гастроэзофагеальном рефлюксе (коды по МКБ - 10: K21)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено рентгенологическое исследование пищевода (при наличии дисфагии)	Да/Нет
2.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия	Да/Нет
3.	Выполнена биопсия слизистой оболочки пищевода (при желудочной и/или кишечной метаплазии)	Да/Нет
4.	Выполнено рН-метрическое исследование пищевода (при рефрактерном течении заболевания)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение лекарственными препаратами группы ингибиторы протонного насоса или лекарственными препаратами группы H ₂ -гистаминовые блокаторы (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.11.2. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при язвенной болезни (коды по МКБ - 10: K25, K26)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен 13С-уреазный дыхательный тест на Helicobacter Pylori или определение антигена хеликобактера пилори в фекалиях (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена биопсия желудка с помощью эндоскопии (при установлении диагноза) при локализации язвы в желудке	Да/Нет
3.	Назначена терапия лекарственными препаратами группы ингибиторы протонного насоса или лекарственными препаратами группы ингибиторы протонного насоса в комбинации с лекарственными препаратами группы другие препараты для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.11.3. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при язвенной болезни (коды по МКБ - 10: K25, K26)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен 13С-уреазный дыхательный тест на Helicobacter Pylori или определение антигена хеликобактера пилори в фекалиях (при установлении диагноза в случае, если не выполнена в амбулаторных условиях)	Да/Нет
2.	Выполнена биопсия желудка с помощью эндоскопии при локализации язвы в желудке (при установлении диагноза в случае, если не выполнена в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при отсутствии язвенного кровотечения)	Да/Нет
4.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия в течение первых 2 часов после госпитализации (при язвенном кровотечении)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня гастрина сыворотки крови (при рецидивирующем чаще 2 раз в год течении язвенной болезни)	Да/Нет

6.	Выполнен эндоскопический гемостаз или хирургическое вмешательство (при перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки)	Да/Нет
7.	Выполнена повторная эзофагогастродуоденоскопия (при эффективности эндоскопического гемостаза при высоком риске рецидива кровотечений)	Да/Нет

3.11.4. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при язве желудка и/или двенадцатиперстной кишки (коды по МКБ - 10: K25; K26)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование материала желудка на наличие геликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>)	Да/Нет
2.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия	Да/Нет
3.	Проведена эрадикационная терапия (при выявлении геликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>))	Да/Нет
4.	Выполнено лечение лекарственными препаратами группы ингибиторы протонного насоса (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.11.5.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при прободной язве (коды по МКБ - 10: K25.1, K25.2, K25.5, K25.6, K26.1, K26.2, K26.5, K26.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный (при поступлении в приёмное отделение, при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня креатинина, исследование уровня общего билирубина, исследование уровня глюкозы, определение активности амилазы в крови) (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.11.5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при прободной язве (коды по МКБ - 10: K25.1, K25.2, K25.5, K25.6, K26.1, K26.2, K26.5, K26.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный (при поступлении в приёмное отделение, при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня креатинина, исследование уровня общего билирубина, исследование уровня глюкозы, определение активности амилазы в крови) (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена обзорная рентгенография брюшной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет

6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при негативном результате обзорной рентгенографии брюшной полости и невозможности выполнения компьютерная томография органов брюшной полости, при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости (при неинформативности других диагностических методов и при наличии технической возможности, при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными препаратами системного действия перед хирургическим вмешательством (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено бактериологическое исследование перитонеальной жидкости на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы	Да/Нет
10.	Выполнено определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам	Да/Нет
11.	Проведена терапия антибактериальными препаратами системного действия (до получения результатов микробиологического исследования, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Проведена корректировка антибактериальной терапии (в зависимости от полученного результата определения чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Проведена терапия внутривенными лекарственными формами ингибиторов протонного насоса (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
14.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) или компьютерная томография органов брюшной полости (при подозрении на осложнения в послеоперационном периоде)	Да/Нет

3.11.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при остром аппендиците (код по МКБ - 10: K35)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-хирургом (врачом-детским хирургом) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 2 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
5.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленного органа (ткани)	Да/Нет
6.	Выполнено бактериологическое исследование экссудата из брюшной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам	Да/Нет

	и другим лекарственным препаратам	
7.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации	Да/Нет
8.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
9.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.11.7.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при паховой грыже (коды по МКБ - 10: K40.0, K40.1, K40.2, K40.3, K40.4, K40.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) или компьютерная томография органов брюшной полости или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при затруднении в установлении диагноза)	Да/Нет

3.11.7.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при паховой грыже (коды по МКБ - 10: K40.0, K40.1, K40.2, K40.3, K40.4, K40.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) или компьютерная томография органов брюшной полости или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при затруднении в установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Проведена профилактика тромбоэмболических осложнений (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Проведено хирургическое вмешательство с использованием сетчатого импланта (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Проведено экстренное хирургическое вмешательство (при ущемлении паховой грыжи)	Да/Нет
5.	Проведено хирургическое вмешательство ранее не применявшимся методом герниопластики (при рецидивирующей паховой грыже)	Да/Нет

3.11.8.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при послеоперационной вентральной грыже (коды по МКБ - 10: K43.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-специалиста (при наличии сопутствующих заболеваний, перед операцией)	Да/Нет

3.11.8.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при послеоперационной вентральной грыже (коды по МКБ - 10: K43.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-специалиста (при наличии сопутствующих заболеваний, перед операцией)	Да/Нет
2.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (при хирургическом вмешательстве, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.	Проведена профилактика тромбоэмболических осложнений (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Проведено хирургическое вмешательство с использованием эндопротеза, перекрывающего грыжевые ворота минимум на 5 см во всех направлениях (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Проведено экстренное хирургическое вмешательство (при ущемлении послеоперационной грыжи)	Да/Нет
6.	Проведено хирургическое вмешательство с использованием методики разделения компонентов брюшной стенки (при редуцированном объеме брюшной полости)	Да/Нет

3.11.9.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при болезни Крона (коды по МКБ - 10: K50)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка на патогенные энтеробактерии (при установлении диагноза и/или обострении болезни Крона)	Да/Нет
2.	Выполнено микроскопическое исследование кала на гельминты с применением методов обогащения (при установлении диагноза и/или обострении болезни Крона)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование кала на наличие токсина клостридии диффициле (<i>Clostridium difficile</i>) (при остром начале диареи при недавно проведенном курсе антибиотикотерапии или пребывании в стационаре)	Да/Нет

3.11.9.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при болезни Крона (коды по МКБ - 10: K50)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия и/или колоноскопия с илеоскопией (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена биопсия слизистой оболочки кишки в зоне поражения (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка на патогенные энтеробактерии (при установлении диагноза и/или обострении болезни Крона)	Да/Нет
4.	Выполнено микроскопическое исследование кала на гельминты с применением методов обогащения (при установлении диагноза и/или обострении болезни Крона)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование кала на наличие токсина клостридии диффициле (<i>Clostridium difficile</i>) (при остром начале диареи при недавно проведенном курсе антибиотикотерапии или пребывании в стационаре)	Да/Нет
6.	Проведена терапия препаратами группы системные глюкокортикостероиды и/или ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) и/или использование полного энтерального питания (при тяжелой атаке болезни Крона, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - детского хирурга первичный (в случае стриктурирующего, пенетрирующего или абсцедирующего течения болезни Крона, перианальных поражениях, при определении показаний к операции)	Да/Нет

3.11.10.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при болезни Крона (коды по МКБ - 10: K50)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено трансректальное пальцевое исследование	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-колопроктолога (при наличии свищей и/или перианальных проявлениях болезни Крона)	Да/Нет
3.	Выполнена колоноскопия с исследованием терминального отдела подвздошной кишки (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена биопсия слизистой оболочки кишечника (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием или компьютерная томография органов малого таза с внутривенным болюсным контрастированием или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием или магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.11.11.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезни Крона (коды по МКБ - 10: K50)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено трансректальное пальцевое исследование	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-колопроктолога (при наличии свищей и/или перианальных проявлениях болезни Крона)	Да/Нет
3.	Выполнена колоноскопия с исследованием терминального отдела подвздошной кишки (если не проводилась в течение 6 месяцев до момента госпитализации)	Да/Нет
4.	Выполнена биопсия слизистой оболочки кишечника (при установлении диагноза в случае, если не была выполнена в амбулаторных условиях)	Да/Нет
5.	Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости в течение 2 часов с момента госпитализации (при наличии клинических признаков кишечной непроходимости)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием или компьютерная томография органов малого таза с внутривенным болюсным контрастированием или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием или магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.11.12.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при язвенном колите (коды по МКБ - 10: K51)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка на патогенные энтеробактерии (Микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка на возбудителя дизентерии (Shigella	Да/Нет

	<p>spp.), Микробиологическое (культуральное) исследование фекалий на возбудители брюшного тифа и паратифов (<i>Salmonella typhi</i>), Микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка на возбудитель иерсиниоза (<i>Yersinia enterocolitica</i>), Микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка на патогенные кампилобактерии (<i>Campylobacter jejuni/coli</i>) с определением чувствительности к антибактериальным препаратам, Микробиологическое (культуральное) исследование кала на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (<i>Salmonella</i>, <i>Shigella</i>, <i>Yersinia</i>, <i>Campylobacter</i>, <i>Aeromonas</i>, энтерогеморрагическую <i>E. Coli</i>), на яйца и личинки гельминтов) (при остром течении язвенного колита и/или наличии подозрений на данную патологию)</p>	
2.	<p>Выполнено микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов и/или микроскопическое исследование кала на гельминты (при остром течении язвенного колита и/или наличии подозрений на данную патологию)</p>	Да/Нет
3.	<p>Выполнено исследование кала на наличие токсина клостридии диффициле (<i>Clostridium difficile</i>) или иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на токсины А и В клостридии (<i>Clostridium difficile</i>) или определение ДНК возбудителя диффициального клостридиоза (<i>Clostridium difficile</i>) в образцах фекалий методом ПЦР (при остром течении язвенного колита и/или наличии подозрений на данную патологию)</p>	Да/Нет

3.11.12.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при язвенном колите (коды по МКБ - 10: K51)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	<p>Выполнена колоноскопия с илеоскопией (при установлении диагноза и при решении вопроса о колэктомии (за исключением пациентов с острым тяжелым колитом)</p>	Да/Нет
2.	<p>Выполнена биопсия тонкой кишки эндоскопическая и/или биопсия ободочной кишки эндоскопическая, и/или биопсия сигмовидной кишки с помощью видеэндоскопических технологий, и/или биопсия прямой кишки с помощью видеэндоскопических технологий) (при установлении диагноза)</p>	Да/Нет
3.	<p>Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка на патогенные энтеробактерии (Микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка на возбудителя дизентерии (<i>Shigella</i> spp.), Микробиологическое (культуральное) исследование фекалий на возбудители брюшного тифа и паратифов (<i>Salmonella typhi</i>), Микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка на возбудитель иерсиниоза (<i>Yersinia enterocolitica</i>), Микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка на патогенные кампилобактерии (<i>Campylobacter jejuni/coli</i>) с определением чувствительности к антибактериальным препаратам, Микробиологическое (культуральное) исследование кала на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (<i>Salmonella</i>, <i>Shigella</i>, <i>Yersinia</i>, <i>Campylobacter</i>, <i>Aeromonas</i>, энтерогеморрагическую <i>E. Coli</i>), на яйца и личинки гельминтов) (при остром течении язвенного колита и/или наличии подозрений на данную патологию)</p>	Да/Нет

4.	Выполнено микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов и/или микроскопическое исследование кала на гельминты (при остром течении язвенного колита и/или наличии подозрений на данную патологию)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование кала на наличие токсина клостридии диффициле (<i>Clostridium difficile</i>) или иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на токсины А и В клостридии (<i>Clostridium difficile</i>) или определение ДНК возбудителя диффициального клостридиоза (<i>Clostridium difficile</i>) в образцах фекалий методом ПЦР (при остром течении язвенного колита и/или наличии подозрений на данную патологию)	Да/Нет
6.	Проведена терапия пероральными препаратами группы аminosалициловая кислота и аналогичные препараты в качестве терапии первой линии (при легкой и среднетяжелой активности язвенного колита, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Проведена терапия кортикостероидами системного действия, или инфликсимабом или циклоспорином (при тяжелой атаке язвенного колита в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

3.11.13.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при язвенном колите (коды по МКБ - 10: K51)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено трансректальное пальцевое исследование (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена биопсия слизистой оболочки кишки в зоне поражения (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.11.13.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при язвенном колите (коды по МКБ - 10: K51)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено трансректальное пальцевое исследование (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена колоноскопия (при установлении диагноза в случае, если не была выполнена в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости или компьютерная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза в случае, если не была выполнена в амбулаторных условиях)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза в случае, если не была выполнена в амбулаторных условиях)	Да/Нет
5.	Выполнена биопсия слизистой оболочки кишки в зоне поражения (при установлении диагноза в случае, если не была выполнена в амбулаторных условиях)	Да/Нет
6.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы производных 5-аминосалициловой кислоты и/или системными глюкокортикостероидами и/или другими иммунодепрессантами и/или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

7.	Достигнуто уменьшение частоты дефекаций, исчезновение примеси крови в кале (при консервативном лечении)	Да/Нет
----	---	--------

3.11.14.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при ангиодисплазии кишечника (коды по МКБ - 10: K55.2, K55.3, K55.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена колоноскопия	Да/Нет
2.	Выполнена магнитно-резонансная томография и/или компьютерная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием	Да/Нет

3.11.14.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ангиодисплазии кишечника (коды по МКБ - 10: K55.2, K55.3, K55.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена колоноскопия	Да/Нет
2.	Выполнена магнитно-резонансная томография и/или компьютерная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием	Да/Нет
3.	Выполнена ангиография брыжеечных сосудов (при наличии технической возможности)	Да/Нет
4.	Выполнена тонкокишечная эндоскопия видеокапсульная (при отсутствии диагностического результата при других исследованиях)	Да/Нет

3.11.15.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при острой неопухоловой кишечной непроходимости (коды по МКБ - 10: K56.0, K56.2, K56.3, K56.4, K56.5, K56.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.11.15.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при острой неопухоловой кишечной непроходимости (коды по МКБ - 10: K56.0, K56.2, K56.3, K56.4, K56.5, K56.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный (при установлении диагноза, при поступлении пациента в стационар с подозрением на острую кишечную непроходимость)	Да/Нет
2.	Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости	Да/Нет
3.	Выполнена назогастральная декомпрессия верхних отделов желудочно-кишечного тракта не позднее 2 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
4.	Проведена инфузионная терапия (после поступления в стационар, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными препаратами системного действия за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Проведено экстренное хирургическое вмешательство (при установлении странгуляционной формы острой кишечной непроходимости)	Да/Нет

7.	Проведено хирургическое вмешательство (при обтурационной форме острой кишечной непроходимости, при отсутствии эффекта от консервативной терапии в течение 24 часов от момента ее начала)	Да/Нет
8.	Выполнено бактериологическое исследование перитонеальной жидкости на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
9.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование перитонеальной жидкости на грибы (дрожжевые и мицелиальные) (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
10.	Выполнено определение чувствительности микроорганизмов к противомикробным химиотерапевтическим препаратам (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
11.	Выполнено патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	Да/Нет

3.11.16. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при инвагинации (коды по МКБ - 10: K56.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-детским хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и/или рентгенография брюшной полости не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнена консервативная дезинвагинация не позднее 1 часа от момента установления диагноза	Да/Нет
5.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 1 часа после завершения консервативной дезинвагинации (при неэффективности консервативной дезинвагинации)	Да/Нет
7.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
8.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.11.17.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при дивертикулярной болезни (коды по МКБ - 10: K57.2, K57.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости (комплексное) и/или компьютерная томография органов брюшной полости (при острых осложнениях дивертикулярной болезни)	Да/Нет

2.	Выполнено ультразвуковое исследование толстой кишки и/или компьютерная томография толстой кишки (при острых осложнениях дивертикулярной болезни)	Да/Нет
3.	Проведена консервативная терапия (при остром дивертикулите, остром паракишечном инфильтрате, периколической флегмоне, периколическом абсцессе 3 см и менее в зависимости от медицинских показаний)	Да/Нет

3.11.17.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при дивертикулярной болезни (коды по МКБ - 10: K57.2, K57.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости (комплексное) и/или компьютерная томография органов брюшной полости (при острых осложнениях дивертикулярной болезни)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование толстой кишки и/или компьютерная томография толстой кишки (при острых осложнениях дивертикулярной болезни)	Да/Нет
4.	Выполнена колоноскопия (при толстокишечном кровотечении)	Да/Нет
5.	Проведена консервативная терапия (при остром дивертикулите, остром паракишечном инфильтрате, периколической флегмоне, периколическом абсцессе 3 см и менее в зависимости от медицинских показаний)	Да/Нет

3.11.181. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при синдроме раздраженного кишечника (коды по МКБ - 10: K58.0; K58.1; K58.2; K58.3; K58.8; K58.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена илеоколоноскопия	Да/Нет
2.	Назначены папаверин и его производные (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Назначены лоперамид и/или смектит диоктаэдрический и/или рифаксимин и/или противодиарейные микроорганизмы или биологически активные добавки к пище (при синдроме раздраженного кишечника с преобладанием диареи в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Назначены слабительные средства и/или прукалоприд (в случае синдрома раздраженного кишечника с преобладанием запора в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.11.18.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при синдроме раздраженного кишечника (коды по МКБ - 10: K58.0; K58.1; K58.2; K58.3; K58.8; K58.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена илеоколоноскопия	Да/Нет
2.	Назначены папаверин и его производные (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Назначены лоперамид и/или смектит диоктаэдрический и/или рифаксимин и/или противодиарейные микроорганизмы или биологически активные добавки к пище (при синдроме раздраженного кишечника с преобладанием диареи в зависимости	Да/Нет

	от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
4.	Назначены слабительные средства и/или пруклоприд (в случае синдрома раздраженного кишечника с преобладанием запора в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.11.19.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при запоре (коды по МКБ - 10: K59.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена колоноскопия (пациентам старше 50 лет, а также при наличии «симптомов тревоги» и отягощенной наследственности по колоректальному раку)	Да/Нет
2.	Выполнено назначение макрогола на 4-6 недель (при сохранении симптомов запора, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено назначение пруклоприда на 4-6 недель (при сохранении симптомов запора, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено направление в специализированный центр для дообследования (пациента с рефрактерным запором), (исследование функций сфинктерного (запирательного) аппарата прямой кишки, определение времени транзита по кишечнику, тест изгнания баллона, аноректальная манометрия)	Да/Нет

3.11.19.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при запоре (коды по МКБ - 10: K59.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена колоноскопия (пациентам старше 50 лет, а также при наличии «симптомов тревоги» и отягощенной наследственности по колоректальному раку)	Да/Нет

3.11.20.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при идиопатическом мегаколоне (коды по МКБ - 10: K59.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена ирригоскопия (всем пациентам с идиопатическим мегаколоном без признаков острой кишечной непроходимости)	Да/Нет

3.11.20.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при идиопатическом мегаколоне (коды по МКБ - 10: K59.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Проведена попытка эндоскопической деторсии (при наличии технической возможности, при завороте мегаколона и отсутствии признаков перфорации и нарушений кровоснабжения кишки)	Да/Нет

3.11.21.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при анальной трещине (коды по МКБ - 10: K60.0, K60.1, K60.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-колопроктолога	Да/Нет
2.	Проведено консервативное лечение острой анальной трещины	Да/Нет

3.	Отсутствие грубого нарушения функции держания кишечного содержимого в результате оперативного вмешательства	Да/Нет
4.	Проведено купирование болевого синдрома в послеоперационном периоде (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.11.21.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при анальной трещине (коды по МКБ - 10: K60.0, K60.1, K60.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-колопроктолога	Да/Нет
2.	Выполнено исследование функций запирающего аппарата прямой кишки - сфинктерометрия и/или профилометрия (пациентам с анальной трещиной при отсутствии четких клинических признаков спазма внутреннего сфинктера по данным физикального обследования)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование прямой кишки трансректальное и/или колоноскопия (пациентам с анальной трещиной при отсутствии признаков спазма внутреннего сфинктера прямой кишки и подозрении на наличие эрозивно-язвенных поражений анального канала специфической этиологии, а также развитие осложнений)	Да/Нет
4.	Проведено хирургическое вмешательство (при неэффективности консервативной терапии состояния запирающего аппарата прямой кишки, наличия спазма внутреннего сфинктера, фиброзных изменений анального канала)	Да/Нет
5.	Отсутствие грубого нарушения функции держания кишечного содержимого в результате оперативного вмешательства	Да/Нет
6.	Проведено купирование болевого синдрома в послеоперационном периоде (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.11.22.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при свище заднего прохода (коды по МКБ - 10: K60.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб при патологии сигмовидной и прямой кишки (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено визуальное исследование при патологии сигмовидной и прямой кишки (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.11.22.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при свище заднего прохода (коды по МКБ - 10: K60.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб при патологии сигмовидной и прямой кишки (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено визуальное исследование при патологии сигмовидной и прямой кишки (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено хирургическое вмешательство (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Проведены перевязки в послеоперационном периоде не менее 1 раза в день до выписки из стационара (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
5.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период	Да/Нет

	Госпитализации (при хирургическом вмешательстве)	
6.	Отсутствие грубого нарушения функции держания кишечного содержимого на момент выписки из стационара (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.11.16. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром парапроктите (код по МКБ-10: K61)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Проведено вскрытие острого парапроктита	Да/Нет
2.	Проведено вскрытие и дренирование острого парапроктита (при нейтропении и подтвержденном абсцессе или некрозе)	Да/Нет

3.11.21.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при полипе анального канала (коды по МКБ - 10: K62.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено трансректальное пальцевое исследование (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена ректороманоскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена аноскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.11.21.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при полипе анального канала (коды по МКБ - 10: K62.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1	Выполнено трансректальное пальцевое исследование (при установлении диагноза в случае, если не была выполнена в амбулаторных условиях)	Да/Нет
2	Выполнена аноскопия (при установлении диагноза в случае, если не была выполнена в амбулаторных условиях)	Да/Нет
3	Выполнена ректороманоскопия (при установлении диагноза в случае, если не была выполнена в амбулаторных условиях)	Да/Нет
4	Выполнено хирургическое вмешательство (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5	Отсутствие гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационных ранах (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
6	Достигнута самостоятельная дефекация на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.11.22.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при выпадении прямой кишки (коды по МКБ - 10: K62.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено трансректальное пальцевое исследование прямой кишки	Да/Нет
2.	Выполнена ректороманоскопия	Да/Нет

3.11.22.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при выпадении прямой кишки (коды по МКБ - 10: K62.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено трансректальное пальцевое исследование прямой кишки	Да/Нет
2.	Выполнена ректороманоскопия	Да/Нет
3.	Проведено хирургическое вмешательство	Да/Нет

3.11.23.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при недостаточности анального сфинктера (коды по МКБ - 10: K62.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено трансректальное пальцевое исследование прямой кишки (с оценкой наличия дефектов анального сфинктера, рубцовых изменений анального канала и запирающего аппарата прямой кишки, оценку анального рефлекса)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование прямой кишки трансректальное (с целью выявления локальных изменений в запирающем аппарате прямой кишки, наличие и протяженность его дефектов, состояние мышц тазового дна)	Да/Нет

3.11.23.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при недостаточности анального сфинктера (коды по МКБ - 10: K62.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено трансректальное пальцевое исследование прямой кишки (с оценкой наличия дефектов анального сфинктера, рубцовых изменений анального канала и запирающего аппарата прямой кишки, оценку анального рефлекса)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование прямой кишки трансректальное (с целью выявления локальных изменений в запирающем аппарате прямой кишки, наличие и протяженность его дефектов, состояние мышц тазового дна)	Да/Нет

3.11.24.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при геморрое (коды по МКБ - 10: K64)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1	Выполнено трансректальное пальцевое исследование (при установлении диагноза)	Да/Нет
2	Выполнена ректороманоскопия или аноскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет
3	Назначено консервативное лечение или хирургическое вмешательство (при хроническом геморрое в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.11.24.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при геморрое (коды по МКБ - 10: K64)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1	Выполнено трансректальное пальцевое исследование (при установлении диагноза)	Да/Нет
2	Выполнена ректороманоскопия или аноскопия (при установлении диагноза в случае, если не была выполнена в амбулаторных)	Да/Нет

	условиях)	
3.	Выполнена колоноскопия (пациентам старше 50 лет при установлении диагноза в случае, если не была выполнена в амбулаторных условиях)	Да/Нет
4.	Выполнено консервативное лечение или малоинвазивное хирургическое вмешательство (при остром геморрое в зависимости от медицинских показаний при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено консервативное лечение или малоинвазивное хирургическое вмешательство или хирургическое вмешательство (при хроническом геморрое в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.11.25. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при перитоните (коды по МКБ-10: K65, K67*)

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

3.11.26.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при остром холецистите (коды по МКБ - 10: K80.0, K81.0, K82.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (свободный и связанный билирубин, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, амилаза, глюкоза крови) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование печени (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.11.26.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром холецистите (коды по МКБ - 10: K80.0, K81.0, K82.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (свободный и связанный билирубин, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, амилаза, глюкоза крови) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование печени (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование желчного пузыря и протоков (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Проведена терапия папаверином и его производными (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Проведена терапия антибактериальными препаратами системного действия (при остром холецистите среднетяжелого и тяжелого течения, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Проведена терапия кровезаменителями и препаратами плазмы крови или растворами, влияющими на водно-электролитный баланс (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведено хирургическое вмешательство (в первые 2-3 часа с момента поступления при остром холецистите, осложненном перитонитом)	Да/Нет
9.	Проведена холецистэктомия лапароскопическая или из мини-доступа (в первые 72 часа от начала заболевания)	Да/Нет
10.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) или компьютерная томография органов брюшной полости (в послеоперационном периоде при подозрении на осложнение)	Да/Нет

3.11.27. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при камнях желчного протока (коды по МКБ-10: K80.3; K80.4; K80.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (билирубин, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, амилаза, глюкоза)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости	Да/Нет

	(комплексное)	
3.	Выполнена магнитно-резонансная холангиопанкреатография	Да/Нет
4.	Выполнена хирургическое вмешательство (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.11.28. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при желчекаменной болезни [холелитиазе], холецистите (коды по МКБ-10: K80.1; K80.2; K80.8; K81.1; K81.8; K81.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (билирубин, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, амилаза, глюкоза)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение лекарственным препаратом урсодезоксихолевой кислоты или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена интраоперационная холангиография во время хирургического вмешательства (при диаметре общего желчного протока свыше 10 мм) (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
5.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата желчного пузыря (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
6.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
7.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
8.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.11.29.1. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при желчнокаменной болезни (коды по МКБ - 10: K80)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (Определение активности щелочной фосфатазы в крови или Определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, Исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови) (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.	Проведена/назначена терапия урсодезоксихолевой кислотой (при наличии холестериновых камней и отсутствии показаний к хирургическому лечению, при отсутствии противопоказаний).	Да/Нет
4.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога и/или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-педиатра (не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет

3.11.29.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при желчнокаменной болезни (коды по МКБ - 10: K80)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (Определение активности щелочной фосфатазы в крови или Определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, Исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Проведена/назначена терапия урсодезоксихолевой кислотой (при наличии холестериновых камней и отсутствии показаний к хирургическому лечению, при отсутствии противопоказаний).	Да/Нет
4.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога и/или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-педиатра (не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
6.	Проведена холецистэктомия (при наличии характерных симптомов и/или осложнений (холецистит, холедохолитиаз, холангит, панкреатит)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.11.30. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром панкреатите (коды по МКБ - 10: K85.0, K85.1, K85.2, K85.3, K85.8, K85.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка органных и полиорганных дисфункций по шкале SOFA	Да/Нет
2.	Выполнена госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии (при выявлении органной недостаточности)	Да/Нет
3.	Проведена консервативная терапия (в ранней (I) фазе заболевания, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

4.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (перед проведением инвазивного вмешательства)	Да/Нет
5.	Проведено хирургическое вмешательство (минимально инвазивное или лапаротомия) (при развитии гнойных осложнений в поздней (II) фазе заболевания)	Да/Нет
6.	Проведено хирургическое вмешательство в минимальном объеме (дренирование под контролем ультразвукового исследования или ретроперитонеоскопия или минилапаротомия с помощью набора для операций малого доступа) (при решении вопроса о первичном дренировании абсцесса поджелудочной железы или гнойно-некротического парапанкреатита)	Да/Нет
7.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование пунктата или операционного материала на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	Да/Нет

3.11.31.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хроническом панкреатите (коды по МКБ - 10: K86.0, K86.1, K86.2, K86.3, K86.8, K90.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено назначение панкреатина в капсулах в дозе 25-40 тысяч МЕ липазы на основной приём пищи и 10-25 тысяч МЕ липазы на промежуточный прием пищи не менее 5 раз в сутки (при проведении заместительной терапии при экзокринной недостаточности поджелудочной железы, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.11.31.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хроническом панкреатите (коды по МКБ - 10: K86.0, K86.1, K86.2, K86.3, K86.8, K90.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение активности амилазы в крови (при обострении панкреатита в первые сутки после госпитализации пациента)	Да/Нет
2.	Выполнено определение активности амилазы в крови (при обострении панкреатита не менее 2 раз в динамике в течение одной госпитализации)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный (при наличии стойкого болевого синдрома или осложнений хронического панкреатита)	Да/Нет
5.	Проведена терапия панкреатином в капсулах в дозе 25-40 тысяч МЕ липазы на основной приём пищи и 10-25 тысяч МЕ липазы на промежуточный прием пищи не менее 5 раз в сутки (при проведении заместительной терапии при экзокринной недостаточности поджелудочной железы, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными препаратами широкого спектра (за 30 минут до хирургического вмешательства, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала поджелудочной железы (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.11.32. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при пилонидальной кисте (код по МКБ-10: L05)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено трансректальное пальцевое исследование	Да/Нет
2.	Выполнена ректороманоскопия	Да/Нет
3.	Выполнено хирургическое вмешательство (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
5.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
6.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.12. Критерии оценки качества при болезнях кожи и подкожной клетчатки

3.12.1. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при дерматофитии (код по МКБ-10: B35)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при назначении системных противогрибковых лекарственных препаратов)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, креатинин, мочевиная кислота, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза) (при назначении системных противогрибковых лекарственных препаратов)	Да/Нет
3.	Выполнены микробиологическое (культуральное) и микроскопическое исследование биологического материала из очагов поражения на патогенные грибы	Да/Нет
4.	Выполнена люминесцентная диагностика (осмотр под лампой Вуда)	Да/Нет
5.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы противогрибковые (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено повторное микроскопическое исследование биологического материала из очагов поражения на патогенные грибы	Да/Нет
7.	Отрицательный результат микроскопического исследования на патогенные грибы в образце биологического материала на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.12.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при пиодермии (коды по МКБ-10: L00; L01; L08.0; L73.8; L74.8; L98.4; P39.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, глюкоза, креатинин, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого высыпных элементов кожи с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
5.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы топические и/или системные антибактериальные и/или антисептические (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Достигнут частичный или полный регресс высыпаний на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.12.3. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при острых гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей челюстно-лицевой области (коды по МКБ-10: L02.0; L03.2)

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

3.12.4. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при острых гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей, абсцессе кожи, фурункуле и карбункуле, флегмоне (коды по МКБ-10: L02.1; L02.2; L02.3; L02.4; L02.8; L02.9; L03.0; L03.1; L03.8; L03.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет

	(билирубин, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, мочевины, амилаза, глюкоза) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	
3.	Выполнено вскрытие и дренирование гнойно-воспалительного очага не позднее 3 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
4.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из гнойно-воспалительного очага с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
5.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами в послеоперационном периоде (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Отсутствие септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
7.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений	Да/Нет

3.12.5.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при atopическом дерматите (коды по МКБ - 10: L20)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови.	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический.	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи.	Да/Нет
4.	Назначена терапия глюкокортикоидами, применяемыми в дерматологии или препаратами для лечения дерматита, кроме глюкокортикоидов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Назначена терапия антигистаминными средствами системного действия (в зависимости от медицинских показаний)	Да/Нет
6.	Назначена терапия антибиотиками и противомикробными средствами, применяемыми в дерматологии, и/или глюкокортикоидами в комбинации с антибиотиками или глюкокортикоидами в комбинации с другими препаратами (при вторичном инфицировании, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.12.5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при atopическом дерматите (коды по МКБ - 10: L20)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови.	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический.	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи.	Да/Нет

4.	Проведена терапия глюкокортикоидами, применяемыми в дерматологии или препаратами для лечения дерматита, кроме глюкокортикоидов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Проведена терапия кортикостероидами системного действия/или циклоспорином и/или дупилумабоми/или ультрафиолетовое облучение кожи при атопическом дерматите средней и тяжелой степени тяжести (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Проведена терапия антигистаминными средствами системного действия (в зависимости от медицинских показаний)	Да/Нет
7.	Проведена терапия антибиотиками и противомикробными средствами, применяемыми в дерматологии, и/или глюкокортикоидами в комбинации с антибиотиками или глюкокортикоидами в комбинации с другими препаратами (при вторичном инфицировании, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.12.6.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при дерматите контактном (коды по МКБ - 10: L23, L24, L25)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Назначена терапия глюкокортикоидами, применяемыми в дерматологии, или препаратами для лечения дерматита, кроме глюкокортикоидов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Назначена терапия антигистаминными средствами системного действия (при жалобах на зуд при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Назначена системная терапия кортикостероидами системного действия (пациентам с неэффективностью наружной терапии или с высыпаниями, занимающими более 20% площади поверхности кожного покрова при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.12.6.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дерматите контактном (коды по МКБ - 10: L23, L24, L25)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Проведена терапия глюкокортикоидами, применяемыми в дерматологии, или препаратами для лечения дерматита, кроме глюкокортикоидов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Проведена терапия антигистаминными средствами системного действия (при жалобах на зуд при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.	Проведена системная терапия кортикостероидами системного действия (пациентам с неэффективностью наружной терапии или с высыпаниями, занимающими более 20% площади поверхности кожного покрова при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
----	--	--------

3.12.7. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дерматите, вызванном веществами, принятыми внутрь (код по МКБ-10: L27)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, креатинин, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспаргатаминотрансфераза)	Да/Нет
3.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы антигистаминные препараты и/или группы топические и/или системные глюкокортикостероиды (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Достигнут частичный или полный регресс высыпаний на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.12.8.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при экземе (коды по МКБ - 10: L30)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Назначена терапия антигистаминными средствами системного действия и/или прочими препаратами для лечения заболеваний кожи (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.12.8.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при экземе (коды по МКБ - 10: L30)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Проведена терапия антигистаминными средствами системного действия и/или прочими препаратами для лечения заболеваний кожи (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.12.9. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при простом хроническом лишае и почесухе (код по МКБ-10: L28)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при фототерапии)	Да/Нет

2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза) (при фототерапии)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий (при фототерапии)	Да/Нет
4.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы антигистаминные и/или топические и/или системные глюкокортикостероиды и/или фототерапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.12.10. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при псориазе (коды по МКБ - 10: L40)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Назначена терапия глюкокортикостероидами для местного лечения заболеваний кожи, или ретиноидами для лечения псориаза или иммунодепрессантами или метотрексатом или фототерапия (в зависимости от показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.12.11. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при псориазе (коды по МКБ - 10: L40)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Проведена терапия глюкокортикостероидами для местного лечения заболеваний кожи, или ретиноидами для лечения псориаза или иммунодепрессантами или метотрексатом или фототерапия (в зависимости от показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Достигнут частичный или полный регресс высыпаний на момент выписки пациента из стационара	Да/Нет

3.12.12. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при псориазе (коды по МКБ - 10: L40)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, глюкоза, креатинин, мочевая кислота, билирубин общий, холестерин общий, триглицериды, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза) (при назначении системной терапии)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при назначении системной терапии)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при назначении системной терапии)	Да/Нет
4.	Назначена терапия глюкокортикостероидами для местного лечения заболеваний кожи, и/или ретиноидами для лечения псориаза и/или иммунодепрессантами и/или метотрексатом и/или фототерапия (в зависимости от показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.12.13. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при

псориазе (коды по МКБ - 10: L40)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, глюкоза, креатинин, мочевая кислота, билирубин общий, холестерин общий, триглицериды, аланинаминотрансфераза, аспаргатаминотрансфераза)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
4.	Проведена терапия глюкокортикостероидами для местного лечения заболеваний кожи, и/или ретиноидами для лечения псориаза, и/или иммунодепрессантами и/или метотрексатом, и/или фототерапия (в зависимости от показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.12.14. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при парапсориазе (код по МКБ-10: L41)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при фототерапии)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспаргатаминотрансфераза) (при фототерапии)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при фототерапии)	Да/Нет
4.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы топические глюкокортикостероиды и/или фототерапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.12.15. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при лишае красном плоском (код по МКБ-10: L43)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при фототерапии)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспаргатаминотрансфераза) (при фототерапии)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий (при фототерапии)	Да/Нет
4.	Выполнена терапия лекарственными препаратами: группы топические и/или системные глюкокортикостероиды и/или фототерапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Достигнут частичный регресс высыпаний на момент выписки из	Да/Нет

	стационара	
--	------------	--

3.12.16. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при эритеме многоформной (код по МКБ-10: L51)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, креатинин, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза)	Да/Нет
3.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы топические и/или системные глюкокортикостероиды (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Проведена терапия противовирусными лекарственными препаратами для системного применения и/или противогерпетическими лекарственными препаратами при ассоциации с вирусом простого герпеса (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.12.17. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при локализованной склеродермии [morphaea] (код по МКБ-10: L94.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, креатинин, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы топические и/или системные глюкокортикостероиды и/или лекарственными препаратами группы топические ингибиторы кальциневрина и/или антагонист фолиевой кислоты из группы антиметаболитов и/или фототерапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.13. Критерии оценки качества при болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани

3.13.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при ревматоидном артрите (коды по МКБ - 10: M05, M06)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (если не выполнен в течение последних 3-х месяцев)	Да/Нет

3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, глюкоза, холестерин) (если не выполнен в течение последних 3-х месяцев)	Да/Нет
4.	Выполнено определение содержания ревматоидного фактора в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено определение содержания антител к циклическому цитрулиновому пептиду (анти-CCP) в крови (при установлении диагноза, если не выполнено ранее)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
7.	Выполнена оценка активности болезни с использованием индекса DAS28	Да/Нет
8.	Выполнена рентгенография кисти (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев, за исключением поздних рентгенологических стадий)	Да/Нет
9.	Выполнена рентгенография плюсны и фаланг пальцев стопы (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев, за исключением поздних рентгенологических стадий)	Да/Нет
10.	Назначена терапия аналогами фолиевой кислоты и/или аminosалициловой кислотой и аналогичными препаратами и/или аминоксинолинами и/или иммунодепрессантами и/или моноклональными антителами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.13.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ревматоидном артрите (коды по МКБ - 10: M05, M06)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (если не выполнен в течение последних 3-х месяцев)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, глюкоза, холестерин) (если не выполнен в течение последних 3-х месяцев)	Да/Нет
4.	Выполнено определение содержания ревматоидного фактора в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено определение содержания антител к циклическому цитрулиновому пептиду (анти-CCP) в крови (при установлении диагноза, если не выполнено ранее)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
7.	Выполнена оценка активности болезни с использованием индекса DAS28	Да/Нет
8.	Выполнена рентгенография кисти (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев, за исключением поздних рентгенологических стадий)	Да/Нет
9.	Выполнена рентгенография плюсны и фаланг пальцев стопы (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев, за исключением поздних рентгенологических стадий)	Да/Нет

10.	Проведена терапия аналогами фолиевой кислоты и/или аминосалициловой кислотой и аналогичными препаратами и/или аминоксалицилами и/или иммунодепрессантами и/или моноклональными антителами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
-----	--	--------

3.13.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при юношеском [ювенильном] артрите (код по МКБ-10: M08)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин, аспартат-трансаминаза, аланин-трансаминаза, ферритин, креатинин, мочевины, лактатдегидрогеназа, креатинкиназа, калий, натрий, ионизированный кальций)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня сывороточных иммуноглобулинов (Ig A, IgG, Ig M)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
6.	Выполнена очаговая проба с туберкулином и/или аллергеном туберкулезным рекомбинантным	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня ревматоидного фактора в крови	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня антинуклеарного фактора в крови	Да/Нет
9.	Выполнено определение антител к двуспиральной дезоксирибонуклеиновой кислоте в крови	Да/Нет
10.	Выполнено определение антител к циклическому цитрулиновому пептиду в крови	Да/Нет
11.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование почек и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства и малого таза и/или магнитно-резонансная томография с внутривенным болюсным контрастированием органов брюшной полости и забрюшинного пространства и малого таза	Да/Нет
12.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
13.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
14.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки	Да/Нет
15.	Выполнена рентгенография и/или компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография пораженных суставов (при наличии суставного синдрома)	Да/Нет

16.	Выполнена магнитно-резонансная томография крестцово-подвздошных сочленений (при ювенильном анкилозирующий спондилите (M08.1))	Да/Нет
17.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом	Да/Нет
18.	Выполнено исключение инфекционных заболеваний	Да/Нет
19.	Выполнено исключение заболеваний желудочно-кишечного тракта, включая воспалительные заболевания кишечника	Да/Нет
20.	Выполнено исключение онкологических заболеваний и гембластозов	Да/Нет
21.	Не выполнено назначение антибактериальных лекарственных препаратов и/или антагониста фолиевой кислоты из группы антиметаболитов и/или лекарственных препаратов из группы аминосалициловой кислоты и аналогичных лекарственных препаратов и/или группы иммунодепрессантов и/или группы системные глюкокортикостероиды (на этапе установления диагноза и/или при другом юношеском артрите (M08.8) и юношеском артрите неуточненном (M08.9))	Да/Нет
22.	Проведена терапия нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами (на этапе установления диагноза и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
23.	Выполнена терапия лекарственными препаратами: группы нестероидные противовоспалительные и/или антагонистом фолиевой кислоты из группы антиметаболитов и/или группы аминосалициловой кислоты и аналогичных лекарственных препаратов и/или группы иммунодепрессанты и/или группы системные глюкокортикостероиды (при подтвержденном диагнозе, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
24.	Проведена оценка эффективности и безопасности терапии	Да/Нет

3.13.3. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при подагре, других кристаллических артропатиях (коды по МКБ-10: M10; M11)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, глюкоза, холестерин, мочевая кислота)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
5.	Выполнено исследование синовиальной жидкости и/или содержимого подкожного узла (тофуса) в поляризационном микроскопе и/или	Да/Нет

	ультразвуковое исследование пораженных суставов (при установлении диагноза)	
6.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы нестероидные противовоспалительные препараты и/или группы противовоспалительные препараты и/или группы системные глюкокортикостероиды (парентерально и/или перорально и/или внутрисуставно) и/или группы моноклональные антитела (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Уменьшение количества припухших суставов на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.13.4.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при коксартрозе (коды по МКБ - 10: M16)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография тазобедренного сустава (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Проведено консервативное лечение болевого синдрома (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография тазобедренного сустава (после хирургического вмешательства)	Да/Нет
5.	Выполнена рентгенография тазобедренного сустава в двух проекциях (через 3 и 12 месяцев после хирургического вмешательства)	Да/Нет
6.	Проведен курс медицинской реабилитации пациентов с заболеванием опорно-двигательной системы	Да/Нет

3.13.4.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при коксартрозе (коды по МКБ - 10: M16)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография тазобедренного сустава (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Проведено консервативное лечение болевого синдрома (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Проведено эндопротезирование ортопедическое тазобедренного сустава (при выраженных стадиях заболевания)	Да/Нет
5.	Выполнена рентгенография тазобедренного сустава (после хирургического вмешательства)	Да/Нет
6.	Выполнена рентгенография тазобедренного сустава в двух проекциях (через 3 и 12 месяцев после хирургического вмешательства)	Да/Нет

7.	Проведен курс медицинской реабилитации пациентов с заболеванием опорно-двигательной системы	Да/Нет
----	---	--------

3.13.5.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при гонартрозе (коды по МКБ - 10: M17)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография коленного сустава в в двух проекциях (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Проведено составление плана проведения курса лечебной физкультуры (модификация спортивных/физических нагрузок и разгрузка поражённого сустава, при обострении гонартроза)	Да/Нет
4.	Проведена лечебная физкультура при заболеваниях и травмах суставов (направленная на укрепление мышц бедра и голени)	Да/Нет
5.	Проведены физиотерапевтические процедуры	Да/Нет
6.	Назначена терапия нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препараты (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография коленного сустава в в двух проекциях (в послеоперационном периоде)	Да/Нет
8.	Выполнена рентгенография коленного сустава в в двух проекциях (через 6 и 12 месяцев после хирургического вмешательства)	Да/Нет
9.	Проведен курс медицинской реабилитации пациентов с заболеванием опорно-двигательной системы	Да/Нет

3.13.5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гонартрозе (коды по МКБ - 10: M17)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография коленного сустава в в двух проекциях (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Проведено составление плана проведения курса лечебной физкультуры (модификация спортивных/физических нагрузок и разгрузка поражённого сустава, при обострении гонартроза)	Да/Нет
4.	Проведена лечебная физкультура при заболеваниях и травмах суставов (направленная на укрепление мышц бедра и голени)	Да/Нет
5.	Проведены физиотерапевтические процедуры	Да/Нет
6.	Проведена терапия нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препараты (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнена артроскопия диагностическая коленного сустава (на ранних стадиях гонартроза с умеренно выраженным ограничением функции коленного сустава, продолжительности болевого синдрома более 3 месяцев и неэффективности комплексной консервативной терапии, нормальной оси нижней конечности или её нарушении менее 5° и наличии жалоб и симптомов, свидетельствующих о сопутствующем повреждении менисков или свободных внутрисуставных телах при условии отсутствия показаний к	Да/Нет

	проведению околоуставных остеотомий или частичного/тотального эндопротезирования)	
8.	Проведено эндопротезирование ортопедическое коленного сустава (при выраженных стадиях заболевания)	Да/Нет
9.	Выполнена рентгенография коленного сустава в в двух проекциях (в послеоперационном периоде)	Да/Нет
10.	Выполнена рентгенография коленного сустава в в двух проекциях (через 6 и 12 месяцев после хирургического вмешательства)	Да/Нет
11.	Проведен курс медицинской реабилитации пациентов с заболеванием опорно-двигательной системы	Да/Нет

3.13.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при узелковом полиартериите и родственных состояниях, других некротизирующих васкулопатиях (коды по МКБ-10: М30; М31)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, общий белок, глюкоза, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование мочи методом Нечипоренко (при повышении креатинина в крови и/или протеинурии)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
7.	Выполнено определение в крови антител к цитоплазме нейтрофилов и/или антител к протеиназе-3 и миелопероксидазе	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня иммуноглобулина А (IgA) в крови	Да/Нет
9.	Выполнено исследование уровня криоглобулинов в крови	Да/Нет
10.	Выполнено определение в крови антител к базальной мембране клубочков (при впервые выявленных за последний месяц повышении креатинина в крови и/или кровохарканьи)	Да/Нет
11.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
12.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
13.	Выполнена эхокардиография (при одышке или боли в области сердце или нарушении ритма сердца)	Да/Нет
14.	Выполнена консультация врачом-оториноларингологом	Да/Нет
15.	Выполнена компьютерная томография придаточных пазух носа и височных костей при некротизирующем поражении верхних дыхательных путей и/или снижении слуха длительностью более 3	Да/Нет

	месяцев (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	
16.	Выполнена компьютерная томография глазниц (при птозе века и/или экзофтальме и при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
17.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга (признаках очагового поражения головного мозга или при расстройствах зрения или слепоте и при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
18.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы системные глюкокортикостероиды и/или алкилирующими средствами и/или группы иммунодепрессанты и/или группы моноклональные антитела (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
19.	Выполнен повторный общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 5 дней от момента начала терапии	Да/Нет

3.13.7. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при системной красной волчанке (код по МКБ-10: М32)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (альбумин, креатинин, мочевины, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, общий белок, креатинфосфокиназа, глюкоза, мочевая кислота, холестерин)	Да/Нет
4.	Выполнен общий анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнено определение белка в суточной моче	Да/Нет
6.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации	Да/Нет
7.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
8.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
9.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
10.	Выполнено определение антител к двуспиральной дезоксирибонуклеиновой кислоте иммуноферментным методом	Да/Нет
11.	Выполнено исследование уровня антиядерного фактора в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
12.	Выполнена оценка активности по шкале SELENA SLEDAI	Да/Нет
13.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы системные глюкокортикостероиды и/или группы иммунодепрессанты и/или алкилирующими лекарственными препаратами и/или группы аминохинолины и/или группы моноклональные антитела (в	Да/Нет

	зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
--	---	--

3.13.8. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при системном склерозе и диффузном (эозинофильном) фасциите (коды по МКБ-10: М34; М35.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (альбумин, креатинин, мочеви́на, аланинаминотрансфераза, аспаргатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, общий белок, креатинфосфокиназа, глюкоза, моче́вая кислота, холестерин)	Да/Нет
3.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
4.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
5.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня антинуклеарного фактора в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы простагландины (при наличии медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.13.9. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при сухом синдроме [Шегрена] (код по МКБ-10: М35.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом	Да/Нет
3.	Выполнено определение слезовыделения (тест Ширмера)	Да/Нет
4.	Выполнено окрашивание эпителия роговицы/конъюнктивы раствором флюоресцеина	Да/Нет
5.	Выполнено определение времени разрыва прекорнеальной слезной пленки	Да/Нет
6.	Выполнена консультация врачом-стоматологом	Да/Нет
7.	Выполнена сиалометрия стимулированная	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование слюнных желез (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/нет
10.	Выполнен анализ мочи общий	Да/нет

11.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевина, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, щелочная фосфатаза, общий белок и белковые фракции, глюкоза)	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
13.	Выполнено исследование уровня ревматоидного фактора в крови	Да/Нет
14.	Выполнено исследование уровня антинуклеарного фактора в крови	Да/Нет
15.	Выполнено определение антител к Ro/SS-A, La/SS-B ядерным антигенам (при установлении диагноза)	Да/Нет
16.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы системные глюкокортикостероиды и/или алкилирующими средствами и/или группы моноклональные антитела (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17.	Выполнен повторный анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, глюкоза, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза) не позднее 5 дней от момента начала терапии	Да/Нет

3.13.10. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при анкилозирующем спондилите (код по МКБ-10: M45)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, глюкоза, холестерин, щелочная фосфатаза)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
5.	Выполнена оценка активности болезни с использованием индекса BASDAI	Да/Нет
6.	Выполнена обзорная рентгенография таза и/или магнитно-резонансная томография крестцово-подвздошного сочленения (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы нестероидные противовоспалительные препараты и/или антагонистом фолиевой кислоты из группы антиметаболитов и/или лекарственными препаратами из группы аминосалициловой кислоты и аналогичных лекарственных препаратов и/или препаратами группы иммунодепрессанты (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.13.11. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и

детям при остеомиелите (код по МКБ-10: M86)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография пораженной кости и смежных суставов в двух и более проекциях, в том числе функциональная	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография пораженной кости и/или ультразвуковое исследование пораженной кости и/или фистулография (при наличии свища)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ мочи общий	
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, общий белок, альбумин)	Да/Нет
6.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
7.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из очага с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при наличии свища или хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
8.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Проведена терапия антитромботическими лекарственными препаратами (при хирургическом вмешательстве и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнена эластическая компрессия нижних конечностей (при хирургическом вмешательстве и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Достигнута частичная или полная ремиссия патологического процесса на момент выписки из стационара	Да/Нет
12.	Достигнута полная или частичная опороспособность нижних конечностей, в том числе с использованием временных дополнительных средств фиксации (гипсовая лонгета, ортез, тугор, аппарат Илизарова) на момент выписки из стационара (при поражении кости нижней конечности)	Да/Нет

3.13.12.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при псориазе артропатическом, псориатическом артрите (коды по МКБ - 10: L40.5, M07.0, M07.1, M07.2, M07.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
3.	Проведена оценка числа болезненных и припухших суставов	Да/Нет

4.	Назначена терапия нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами или иммунодепрессантами или антимаболами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
----	--	--------

3.13.12.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при псориазе артропатическом, псориазическом артрите (коды по МКБ - 10: L40.5, M07.0, M07.1, M07.2, M07.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
3.	Проведена оценка числа болезненных и припухших суставов	Да/Нет
4.	Проведена терапия нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами или иммунодепрессантами или антимаболами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.13.13. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезни Бехчета (код по МКБ-10: M35.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, щелочная фосфатаза, глюкоза, мочевая кислота, холестерин)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
6.	Выполнена оценка общего состояния здоровья по визуальной аналоговой шкале	Да/Нет
7.	Выполнена оценка активности болезни с использованием индекса BDCAF	Да/Нет
8.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы системные глюкокортикостероиды (парентерально и/или перорально) и/или группы ингибиторы кальциневрина и/или группы иммунодепрессанты и/или алкилирующими лекарственными препаратами и/или группы моноклональные антитела (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.4.14.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при остеопорозе (коды по МКБ - 10: M81.0, M81.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Выполнена оценка риска перелома по шкале FRAX (впервые обратившихся женщин в постменопаузе и мужчин старше 50 лет)	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника (при болевом синдроме в спине; при длительно некомпенсированном сахарном диабете 2 типа или на инсулинотерапии; при снижении роста на 4 см в течение жизни или на 2 см при регулярном медицинском контроле; приеме глюкокортикоидов; при диагностированных переломах другой локализации)	Да/Нет
3.	Выполнена рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника (при индивидуальной 10-летней вероятности основных патологических переломов в интервале между низкой и высокой по шкале FRAX)	Да/Нет
4.	Выполнена рентгеноденситометрия проксимального отдела бедренной кости (при индивидуальной 10-летней вероятностью основных патологических переломов в интервале между низкой и высокой по шкале FRAX)	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при впервые установленном диагнозе остеопороз или при неэффективности терапии остеопороза)	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня общего кальция, креатинина (с подсчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ), неорганического фосфора, глюкозы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, при впервые установленном диагнозе или при неэффективности терапии остеопороза)	Да/Нет
7.	Назначена терапия бифосфонатами или деносуабом или терипаратидом в сочетании с препаратами кальция и колекальциферолом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнена рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости (не ранее 12 месяцев от первого исследования) или определение С-концевого телопептида в крови и/или исследование уровня N-терминального пропептида проколлагена 1-го типа (PINP) в крови (на этапе лечения, исходно и через 3 месяца от начала терапии)	Да/Нет
9.	Выполнена оценка риска перелома по шкале FRAX (впервые обратившихся женщин в постменопаузе и мужчин старше 50 лет)	Да/Нет

3.4.14.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остеопорозе (коды по МКБ - 10: M81.0, M81.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка риска перелома по шкале FRAX (впервые обратившихся женщин в постменопаузе и мужчин старше 50 лет)	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника (при болевом синдроме в спине; при длительно некомпенсированном сахарном диабете 2 типа или на инсулинотерапии; при снижении роста на 4 см в течение жизни или на 2 см при регулярном медицинском контроле; приеме глюкокортикоидов; при диагностированных переломах другой локализации)	Да/Нет
3.	Выполнена рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника (при индивидуальной 10-летней вероятности основных патологических переломов в интервале между низкой и высокой по шкале FRAX)	Да/Нет

4.	Выполнена рентгеноденситометрия проксимального отдела бедренной кости (при индивидуальной 10-летней вероятностью основных патологических переломов в интервале между низкой и высокой по шкале FRAX)	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при впервые установленном диагнозе остеопороз или при неэффективности терапии остеопороза)	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня общего кальция, креатинина (с подсчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ), неорганического фосфора, глюкозы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, при впервые установленном диагнозе или при неэффективности терапии остеопороза)	Да/Нет
7.	Проведена терапия бифосфонатами или деносумабом или терипаратидом в сочетании с препаратами кальция и колекальциферолом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнена рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости (не ранее 12 месяцев от первого исследования) или определение С-концевого телопептида в крови и/или исследование уровня N-терминального пропептида проколлагена 1-го типа (PINP) в крови (на этапе лечения, исходно и через 3 месяца от начала терапии)	
9.	Выполнена оценка риска перелома по шкале FRAX (впервые обратившихся женщин в постменопаузе и мужчин старше 50 лет)	Да/Нет

3.4.15.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при юношеском артрите с системным началом (коды по МКБ - 10: M08.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Проведено внутрисуставное введение бетаметазона или триамцинолон (при наличии активного моно-олигоартрита) (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога повторный (всем пациентам с очагами хронической инфекции, контроль санации) (при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога повторный (всем пациентам с осложненной стероидной катарактой) (при контроле эффективности терапии, а также решения вопроса об оперативном лечении в условиях офтальмологического стационара при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
4.	Выполнена биомикроскопия глаза (всем пациентам с осложненной стероидной катарактой) (при контроле эффективности терапии, а также решения вопроса об оперативном лечении в условиях офтальмологического стационара при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет

5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога повторный (пациентам с нарушением сердечной деятельности и/или артериальной гипертензией) (при контроле эффективности кардиотропной и/или гипотензивной терапии при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога повторный (пациентам с эндокринологической патологией, в том числе получающих глюкокортикоиды), (при контроле эффективности терапии при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
7.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный (всем пациентам с очагами хронической инфекции) (при контроле санации при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (пациентам с неврологической симптоматикой, отставанием в психомоторном развитии, психотическими реакциями) (при контроле эффективности терапии при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
9.	Выполнен прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный (всем пациентам и их родителям после завершения программы психологической реабилитации) (при оценке ее эффективности при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
10.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-диетолога повторный всем пациентам при контроле выполнения индивидуальной программы диетического питания, рекомендаций по пищевому поведению в амбулаторных условиях при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
11.	Выполнен осмотр (консультация) врача-физиотерапевта (всем пациентам с функциональной недостаточностью после снижения активности заболевания) (при разработке программы физиотерапевтических процедур в рамках индивидуальной программы реабилитации при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
12.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре (всем пациентам с функциональной недостаточностью) (при разработке индивидуальной программы реабилитации после снижения активности заболевания при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
13.	Проведена индивидуальная программа медицинской реабилитации всем пациентам с функциональной недостаточностью (после снижения активности заболевания при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
14.	Выполнен осмотр (консультация) врача-физиотерапевта всем пациентам с функциональной недостаточностью (после программы физиотерапевтических процедур при оценке ее эффективности при	Да/Нет

	юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	
15.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре повторный всем пациентам с функциональной недостаточностью (после окончания программы индивидуальной реабилитации при оценке ее эффективности при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
16.	Проведена смена терапии (при недостижении 50% улучшения по критериям АКРпеди через 3 месяца лечения вне зависимости от применяемого ГИБП: уменьшение на 50% по сравнению с исходным значением не менее, чем 3 из 6 следующих показателей при возможном ухудшении на 30 % не более чем 1 показателя: число суставов с признаками активного воспаления; число суставов с ограничением функции; скорость оседания эритроцитов или сывороточная концентрация С реактивного белка; общая оценка врачом активности болезни (с помощью 100-мм визуальной аналоговой шкалы); оценка пациентом или его родителем общего самочувствия (с помощью визуальной аналоговой шкалы); оценка функциональной способности с помощью опросника CHAQ)	Да/Нет
17.	Проведена смена терапии через 6 месяцев после начала лечения (при недостижении стадии неактивной болезни не позже 6 мес лечения вне зависимости от применяемого ГИБП (отсутствие суставов с активным артритом; отсутствие лихорадки, сыпи, серозита, спленомегалии или генерализованной лимфаденопатии, типичных для ювенильного артрита; отсутствие активного увеита; нормальный показатель скорости оседания эритроцитов и/или С реактивного белка отсутствие активности болезни по общей оценке врача (по визуальной аналоговой шкале); утренняя скованность меньше 15 минут)	Да/Нет
18.	Проведена смена терапии при недостижении ремиссии болезни через 12 месяцев вне зависимости от применяемого ГИБП (отсутствие суставов с активным артритом; отсутствие лихорадки, сыпи, серозита, спленомегалии или генерализованной лимфаденопатии, типичных для ювенильного артрита; отсутствие активного увеита; нормальный показатель скорости оседания эритроцитов и/или С реактивного белка; отсутствие активности болезни по общей оценке врача (по визуальной аналоговой шкале); утренняя скованность меньше 15 минут)	Да/Нет
19.	Выполнено назначение диклофенаком 2–3 мг/кг/сутки или нимесулидом 3–5 мг/кг/сутки, или мелоксикамом 7,5–15 мг/сутки, или ибупрофеном 30 м/кг/сутки (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
20.	Проведено внутрисуставное введение бетаметазона или триамцинолона при наличии активного моно-олигоартрита (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
21.	Выполнено назначение метотрексата (при активном артрите в дозе 15 мг/м ² / нед, при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет

22.	Выполнено назначение фолиевой кислоты (для предотвращения побочных эффектов применения метотрексата, при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
23.	Выполнено назначение фолиевой кислоты (в дозе 1,0 мг/сут каждый день или 2,5 мг/сут 1 раз в неделю перорально в период приема метотрексата, при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
24.	Выполнено назначение лефлуномида (при недостижении пациентом 50% улучшения по критериям АКРпеди через 3 мес или стадии неактивной болезни по критериям С. Wallace – через 6 мес терапии метотрексатом; или на любом этапе лечения при нарастании активности болезни (при отсутствии медицинских противопоказаний) при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
25.	Выполнено назначение лефлуномида детям с массой тела < 20 кг в дозе 10 мг в сутки перорально однократно через день; с массой тела > 20 и < 40 кг – в дозе 10 мг перорально ежедневно; и с массой тела > 40 кг – в дозе 20 мг в сутки перорально ежедневно (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
26.	Проведена врачебная комиссия (для решения вопроса о назначении лефлуномида по жизненным показаниям, после получения информированного согласия родителей и детей в возрасте старше 15 лет, при отсутствии медицинских противопоказаний) (при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
27.	Проведено переключение на лефлуномид (при развитии непереносимости метотрексата на любом этапе лечения (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
28.	Выполнено назначение лефлуномидом детям с массой тела < 20 кг в дозе 10 мг в сутки перорально однократно через день; с массой тела > 20 и < 40 кг – в дозе 10 мг перорально ежедневно; с массой тела > 40 кг – в дозе 20 мг в сутки перорально ежедневно (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
29.	Проведена немедленная отмена генно-инженерных биологических препаратов/иммунодепрессанта (в случае развития аллергической реакции любой степени выраженности) и переключение на генно-инженерные биологические препараты и/или иммунодепрессанты с другим механизмом действия (после купирования аллергической реакции; в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
30.	Выполнено назначение антигистаминными препаратами, глюкокортикоиды для внутривенного введения (при возникновении аллергической реакции, в зависимости от медицинских показаний и	Да/Нет

	при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	
31.	Проведена смена терапии при недостижении стадии неактивной болезни/ремиссия вне зависимости от применяемого ГИБП не позже 6 мес лечения (отсутствие суставов с активным артритом; отсутствие лихорадки, сыпи, серозита, спленомегалии или генерализованной лимфаденопатии, типичных для ювенильного артрита; отсутствие активного увеита; нормальный показатель скорости оседания эритроцитов и/или С реактивного белка; отсутствие активности болезни по общей оценке врача (по визуальной аналоговой шкале); утренняя скованность меньше 15 минут)	Да/Нет
32.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - оториноларинголога повторный (всем пациентам с очагами хронической инфекции при контроле санации при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
33.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - стоматолога повторный (всем пациентам с очагами хронической инфекции при контроле санации при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
34.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога повторный (всем пациентам с осложненной стероидной катарактой при контроле эффективности терапии, а также решения вопроса об оперативном лечении в условиях офтальмологического стационара при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
35.	Выполнена биомикроскопия глаза (всем пациентам с осложненной стероидной катарактой) (при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
36.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога повторный (пациентам с нарушением сердечной деятельности и/или артериальной гипертензией при контроле эффективности кардиотропной и/или гипотензивной терапии при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
37.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - детского эндокринолога повторный (пациентам с эндокринологической патологией, в том числе получающих глюкокортикоиды, при контроле эффективности терапии при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
38.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - невролога повторный (пациентам с неврологической симптоматикой, отставанием в психомоторном развитии, психотическими реакциями при контроле эффективности терапии при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
39.	Выполнен прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный (всем пациентам и их родителям (после завершения программы психологической реабилитации при оценке ее эффективности при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет

40.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре (всем пациентам с функциональной недостаточностью (после снижения активности заболевания для разработки программы реабилитации при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
41.	Проведена медицинская реабилитация (всем пациентам с функциональной недостаточностью (после снижения активности заболевания при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
42.	Выполнен осмотр (консультация) врача-физиотерапевта (всем пациентам с функциональной недостаточностью (после программы физиотерапевтических процедур при оценке ее эффективности при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
43.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре повторный (всем пациентам с функциональной недостаточностью (после окончания программы индивидуальной реабилитации при оценке ее эффективности при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
44.	Проведена оценка эффективности терапии по критериям АКРпеди и критериям неактивной болезни/ремиссии С.Wallace(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
45.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
46.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
47.	Выполнено исследование уровня иммуноглобулинов в крови(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
48.	Выполнено определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
49.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
50.	Выполнено исследование уровня прокальцитонина в крови(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с	Да/Нет

	системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	
51.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
52.	Выполнено иммунофенотипирование периферической крови для выявления субпопуляционного состава лимфоцитов (основных) всем пациентам, получающим ритуксимаб, а также пациентам, часто болеющим вирусными, гнойными бактериальными инфекциями, в том числе оппортунистическими инфекциями(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
53.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - оториноларинголога первичный(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
54.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского стоматолога первичный(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
55.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
56.	Выполнена биомикроскопия глаза(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
57.	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный (с нарушением сердечной деятельности и/или артериальной гипертензией при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
58.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача- фтизиатра первичный (всем пациентам с положительными результатами очаговой пробы с туберкулином и/или повышенным уровнем интерферона-гамма на антигена Mycobacterium tuberculosis complex в крови и/или очаговыми, инфильтративными изменениями в легких при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
59.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога первичный (пациентам с эндокринологической патологией при контрольном обследовании пациентов с юношеским	Да/Нет

	артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	
60.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - диетолога первичный (пациентам с дефицитом массы тела, амиотрофией, остеопенией/остеопорозом, конституциональным ожирением и синдромом Кушинга, стероидным диабетом при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
61.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-ортопеда-травматолога первичный (пациентам с функциональной недостаточностью суставов, нарушением роста костей в длину, подвывихах, болью в спине при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
62.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (пациентам с неврологической симптоматикой, отставанием в психомоторном развитии, психотическими реакциями при решении вопроса о проведении терапии при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
63.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный (пациентам с неврологической симптоматикой, отставанием в психомоторном развитии, психотическими реакциями) при оценке эффективности терапии при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
64.	Выполнен прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный (всем пациентам с возраста 1 года и их родителям при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
65.	Выполнен осмотр (консультация) врача-физиотерапевта (пациентам с функциональной недостаточностью при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
66.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре (пациентам с функциональной недостаточностью при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
67.	Проведено назначение индивидуальной программы медицинской реабилитации (всем пациентам с функциональной недостаточностью при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с	Да/Нет

	системным началом в условиях стационара/дневного стационара, инициировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	
68.	Выполнен осмотр (консультация) врача-физиотерапевта (пациентам после программы физиотерапевтических процедур при оценке ее эффективности при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, инициировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
69.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре повторный (всем пациентам с функциональной недостаточностью после окончания программы реабилитации при оценке ее эффективности при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, инициировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
70.	Проведено диспансерное наблюдение пациента с сЮА в стадии ремиссии - прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный	Да/Нет
71.	Проведено диспансерное наблюдение пациента с юношеским артритом с системным началом в стадии ремиссии - прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога повторный (не реже 1 раза в мес)	Да/Нет
72.	Проведена отмена генно-инженерных биологических препаратов и/или иммунодепрессанта (при развитии аллергической реакции пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
73.	Выполнена консультация врача-ревматолога стационара, в том числе дистанционная (при развитии аллергической реакции на генно-инженерные биологические препараты или иммунодепрессант пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
74.	Проведена срочная госпитализация пациента в стационар (в случае развития аллергической реакции на генно-инженерные биологические препараты или иммунодепрессант при обнаружении при диспансерном наблюдении пациентов с юношеским артритом)	Да/Нет
75.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (не реже 1 раза в 4 нед пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
76.	Выполнена консультация врача-ревматолога стационара, в том числе дистанционная (при повторном эпизоде снижения числа нейтрофилов и/или тромбоцитов крови) (при диспансерном наблюдении пациентов с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
77.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (не реже 1 раза в 4 нед пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет

78.	Выполнена консультация врача-ревматолога стационара, в том числе дистанционная (при повторном эпизоде повышения биохимического (их) показателя (ей) крови пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
79.	Выполнена отмена генно-инженерных биологических препаратов и/или иммунодепрессанта (при появлении признаков инфекционного осложнения пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
80.	Выполнена консультация врача-ревматолога стационара, в том числе дистанционная (при появлении признаков инфекционного осложнения при диспансерном наблюдении пациентов с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
81.	Проведена отмена генно-инженерных биологических препаратов и/или иммунодепрессанта (при подозрении/развитии пневмонии пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
82.	Проведена консультация врача-ревматолога стационара, в том числе дистанционная (при подозрении/развитии пневмонии при диспансерном наблюдении пациентов с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
83.	Выполнена госпитализация пациента в стационар (при подозрении/развитии пневмонии при обнаружении при диспансерном наблюдении пациентов с юношеским артритом)	Да/Нет
84.	Выполнена отмена генно-инженерных биологических препаратов и/или иммунодепрессанта (при развитии герпетической инфекции пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
85.	Проведена госпитализация в стационар (при генерализации герпетической инфекции/подозрении на развитие цитомегаловирусной/Эпштейна-Барр вирусной инфекции при обнаружении при диспансерном наблюдении пациентов с юношеским артритом)	Да/Нет
86.	Выполнено исследование уровня иммуноглобулинов в крови (не реже 1 раза в 3 мес пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
87.	Выполнено определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК (не реже 1 раза в 3 мес пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
88.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (не реже 1 раза в 3 мес пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет

89.	Выполнена отмена генно-инженерных биологических препаратов и/или иммунодепрессанта (при снижении уровня иммуноглобулинов крови пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспасерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
90.	Выполнена консультация врача-ревматолога стационара, в том числе дистанционная (при снижении уровня иммуноглобулинов крови при диспасерном наблюдении пациентов с юношеским артритом с системным началом пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспасерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
91.	Проведена госпитализация в стационар для проведения заместительной терапии иммуноглобулином человека нормальным (при снижении уровня иммуноглобулинов крови при обнаружении при диспасерном наблюдении пациентов с юношеским артритом)	Да/Нет
92.	Проведена отмена ингибитора фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) (при повышении содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК в сыворотке крови пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспасерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
93.	Выполнена консультация врача-ревматолога стационара, в том числе дистанционная (при повышении содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК при диспасерном наблюдении пациентов с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
94.	Выполнена очаговая проба с туберкулином или внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном (не реже 1 раза в 6 мес пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспасерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
95.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (не реже 1 раза в мес пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспасерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
96.	Выполнена отмена метотрексата (при появлении гематурии пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспасерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
97.	Выполнена консультация врача-ревматолога стационара, в том числе дистанционная (при появлении гематурии при диспасерном наблюдении пациентов с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
98.	Выполнена отмена генно-инженерных биологических препаратов и/или иммунодепрессанта (при развитии любых признаков непереносимости пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспасерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
99.	Выполнена консультация врача-ревматолога стационара, в том числе дистанционная (при развитии любых признаков непереносимости иммунодепрессанта и/или генно-инженерных биологических препаратов при диспасерном наблюдении пациентов с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет

100.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (не реже 1 раза в 3 мес пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
101.	Выполнена ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (не реже 1 раза в 6 мес пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
102.	Выполнена эхокардиография (не реже 1 раза в 6 мес пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
103.	Выполнено ультразвуковое исследование почек (не реже 1 раза в 6 мес пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
104.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный (в течение 2-х нед после выписки из стационара пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
105.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный для диагностики острой инфекции ЛОР органов и решения вопроса о ее лечении (пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
106.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога повторный (при проведении санации очагов хронической инфекции и лечения острой инфекции ЛОР органов пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
107.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога (контроль за состоянием ЛОР органов (не реже 1 раза в 3 месяца) (при диспансерном наблюдении пациентов с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
108.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского стоматолога первичный (в течение 1 мес после выписки из стационара пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
109.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского стоматолога первичный для диагностики острой инфекции ротовой полости и решения вопроса о ее лечении пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
110.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского стоматолога повторный (профилактика инфекционных осложнений в условиях противоревматической терапии, при диспансерном наблюдении пациентов с юношеским артритом с системным началом, которым необходима санация очагов хронической инфекции и лечение острой инфекции ротовой полости)	Да/Нет

111.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского (контроль за состоянием ротовой полости, с целью раннего выявления патологии и ее лечения для профилактики развития инфекционных осложнений в условиях противоревматической терапии (не реже 1 раза в 3 месяца) у пациентов с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
112.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - детского кардиолога первичный (при разработке индивидуальной программы кардиотропной и/или гипотензивной терапии на основе рекомендаций врача -детского кардиолога стационара (пациентам с нарушением сердечной деятельности и/или артериальной гипертензией пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
113.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача - детского кардиолога (контроль эффективности индивидуальной программы кардиотропной и/или гипотензивной терапии на основе рекомендаций врача -детского кардиолога стационара (пациентам с нарушением сердечной деятельности и/или артериальной гипертензией) у пациентов с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
114.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (при разработке индивидуальной программы лечения на основе рекомендаций врача офтальмолога стационара (в течение 1 мес после выписки из стационара пациентов с патологией органа зрения) (пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
115.	Выполнена биомикроскопия глаза (в течение 1 мес после выписки из стационара пациентов с патологией органа зрения) (пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
116.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога повторный для контроля эффективности лечения и при необходимости его коррекции(пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
117.	Выполнена биомикроскопия глаза для контроля эффективности лечения и при необходимости его коррекции(пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
118.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога (не реже 1 раза в 3 мес) (пациентов с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
119.	Выполнена биомикроскопия глаза (не реже 1 раза в 3 мес пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
120.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-диетолога первичный (разработка индивидуальной программы диетического питания)	Да/Нет

	(пациентов с дефицитом массы тела, амиотрофией, остеопенией/остеопорозом, конституциональным ожирением и синдромом Кушинга, стероидным диабетом, в течение 2 нед после выписки пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	
121.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-диетолога повторный для контроля/коррекции индивидуальной программы диетического питания(пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
122.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный для решения вопроса о проведении химиопрофилактики или противотуберкулезной химиотерапии (пациентов с положительными результатами очаговой пробы с туберкулином и/или повышенным и/или очаговыми, инфильтративными изменениями в легких пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
123.	Выполнена консультация врача-ревматолога ревматологического отделения для решения вопроса о возможности продолжения лечения генно-инженерными биологическими препаратами и/или иммунодепрессантом (пациентов с положительной внутривенной пробой с туберкулином), (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (пациентов с юношеским артритом с системным началом, находящихся на диспансерном наблюдении)	Да/Нет
124.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра повторный для контроля /коррекции химиотерапии/химиопрофилактики(пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
125.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога (контроль/коррекция индивидуальной программы, рекомендованной врачом-детским эндокринологом стационара, пациентам с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
126.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-ортопеда травматолога первичный (пациентов с функциональной недостаточностью, нарушением роста костей в длину, подвывихами, болью в спине, в течение 2-х нед после выписки из стационара пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
127.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда (выявление функциональных нарушений и контроля проведения ортопедической коррекции не реже 1 раза в 3 мес, пациентам с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
128.	Выполнен прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный для разработки программы психологической реабилитации для пациента (в течение 2-х нед после выписки из	Да/Нет

	стационара) и его родителей (пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	
129.	Выполнен прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный (после завершения программы психологической реабилитации - для оценки ее эффективности пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
130.	Выполнен прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный в рамках диспансерного наблюдения (тестирование психологического состояния пациентов и их родителей не реже 1 раза в 3 мес, пациентам с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
131.	Выполнен осмотр (консультация) врача-физиотерапевта для разработки программы физиотерапевтических процедур в рамках индивидуальной программы реабилитации (пациентов с функциональной недостаточностью, в течение 2-х нед после выписки из стационара пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
132.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре для разработки индивидуальной программы (пациентов с функциональной недостаточностью, в течение 2 недель после выписки из стационара пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
133.	Проведена индивидуальная программа реабилитации (пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
134.	Выполнен осмотр (консультация) врача-физиотерапевта (контроль эффективности индивидуальной программы реабилитации пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
135.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре повторный (контроль эффективности индивидуальной программы реабилитации пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
136.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре (не реже 1 раза в 3 мес пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
137.	Выполнено направление в срочном порядке в ревматологическое отделение стационара, инициировавшего назначение генно-инженерных биологических препаратов/иммунодепрессанта (всех пациентов с с юношеским артритом с системным началом при развитии обострения/осложнений болезни, сопутствующих заболеваний, осложнений/побочных эффектов/стойкой непереносимости ГИБП/иммунодепрессанта, на любом этапе лечения)	Да/Нет

138.	Выполнено направление на плановую госпитализацию в ревматологическое отделение стационара, инициировавшего терапию генно-инженерных биологических препаратов и/или иммунодепрессанта (всех пациентов с юношеским артритом с системным началом(через 3 мес после назначения терапии; через 6 мес после назначения терапии и далее каждые 6 мес)	Да/Нет
139.	Не выполнена иммунизация живыми и живыми ослабленными вакцинами (пациентов с юношеским артритом с системным началом, получающих генно-инженерные биологические препараты)	Да/Нет
140.	Выполнена очаговая проба с туберкулином (пациентам с юношеским артритом с системным началом перед назначением (или сменой) иммунодепрессанта и/или генно-инженерных биологических препаратов)	Да/Нет
141.	Выполнено исследование уровня интерферона-гамма на антигены <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> в крови (пациентам с юношеским артритом с системным началом перед назначением (или сменой) иммунодепрессанта и/или генно-инженерных биологических препаратов)	Да/Нет
142.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (пациентам с юношеским артритом с системным началом перед назначением (или сменой) иммунодепрессанта и/или генно-инженерных биологических препаратов)	Да/Нет
143.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный (при выявлении положительной очаговой пробы с туберкулином (папула > 5 мм) и/или повышенным уровнем интерферона-гамма, и/или очага в легких у пациентов с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
144.	Проведено назначение специфической противотуберкулезной химиотерапии (при выявлении положительной очаговой пробы с туберкулином (папула > 5 мм) и/или повышенным уровнем интерферона-гамма, и/или очага в легких у пациентов с юношеским артритом с системным началом, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
145.	Проведено назначение или смена иммунодепрессанта и/или генно-инженерных биологических препаратов (у пациентов с юношеским артритом с системным началом после завершения курса специфической химиотерапии и разрешения врача-фтизиатра, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
146.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный (при выявлении туберкулезной инфекции без очага у пациентов с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
147.	Проведено назначение специфической противотуберкулезной химиотерапии (при выявлении туберкулезной инфекции без очага у пациентов с юношеским артритом с системным началом) в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

148.	Продолжено лечение иммунодепрессантом и глюкокортикоидами перорально (у пациентов с юношеским артритом с системным началом под контролем врача ревматолога, общего (клинического) и биохимического общетерапевтического анализов крови, при проведении специфической противотуберкулезной химиотерапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
149.	Выполнено назначение/смена ГИБП после завершения курса специфической химиотерапии и консультации врача-фтизиатра.	Да/Нет
150.	Проведено немедленное прекращение введения генно-инженерных биологических препаратов (у пациентов с юношеским артритом с системным началом в случае развития аллергической реакции любой степени выраженности)	Да/Нет
151.	Проведено назначение антигистаминных препаратов, глюкокортикоидов (у пациентов с юношеским артритом с системным началом при возникновении аллергической реакции на введение генно-инженерных биологических препаратов, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
152.	Проведена немедленная отмена генно-инженерных биологических препаратов (на который возникла аллергическая реакция любой степени выраженности у пациентов с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
153.	Проведена отмена иммунодепрессанта (у пациентов с юношеским артритом с системным началом при развитии аллергической реакции /непереносимости любой степени выраженности)	Да/Нет
154.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (не реже 1 раза в 2-4 нед) (у пациентов с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
155.	Проведена отмена иммунодепрессанта и/или генно-инженерных биологических препаратов (при снижении абсолютного числа нейтрофилов $<1,0 \times 10^9/\text{л}$ и/или числа тромбоцитов $<100 \times 10^9/\text{л}$) (у пациентов с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
156.	Проведено назначение колониестимулирующего фактора филграстима в дозе 5–10 мкг/кг/сутки подкожно в течение 3-5 дней, при необходимости — дольше (при снижении уровня лейкоцитов с абсолютным числом нейтрофилов $\leq 1,0 \times 10^9/\text{л}$) (у пациентов с юношеским артритом с системным началом, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
157.	Проведено назначение гранулоцитарного колониестимулирующего фактора филграстима 5–10 мкг/кг/сутки подкожно в течение 3–5 дней (при необходимости — дольше) в сочетании с антибиотиками широкого спектра действия внутривенно (при фебрильной нейтропении (нейтропения, сопровождающаяся лихорадкой) с абсолютным числом нейтрофилов $< 1,0 \times 10^9/\text{л}$) (у пациентов с юношеским артритом с системным началом, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

158.	Проведена антибактериальная терапия до восстановления лейкоцитарной формулы и прекращения лихорадки (у пациентов с юношеским артритом с системным началом, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
159.	Проведено назначение иммунодепрессанта и/или генно-инженерного биологического препарата (у пациентов с юношеским артритом с системным началом при нормализации показателей клинического анализа крови, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
160.	Проведена коррекция терапии генно-инженерными биологическими препаратами и/или иммунодепрессантом (у пациентов с юношеским артритом с системным началом при повторных эпизодах развития лейкопении или тромбоцитопении, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
161.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (не реже 1 раза в 2-4 нед у пациентов с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
162.	Проведена отмена иммунодепрессанта и/или генно-инженерных биологических препаратов (при повышении уровня аланинаминотрансферазы и/или аспартатаминотрансферазы в сыворотке крови $\geq 1,5$ раза и/или других биохимических показателей выше верхней границы нормы у пациентов с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
163.	Проведено назначение иммунодепрессанта и/или генно-инженерного биологического препарата (при нормализации показателей анализа крови биохимического общетерапевтического у пациентов с юношеским артритом с системным началом, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
164.	Проведена коррекция терапии генно-инженерными биологическими препаратами и/или иммунодепрессантом (при повторных эпизодах повышения показателей анализа крови биохимического общетерапевтического у пациентов с юношеским артритом с системным началом, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
165.	Выполнена отмена иммунодепрессанта и/или генно-инженерных биологических препаратов (у пациентов с юношеским артритом с системным началом при развитии инфекций, до ее устранения)	Да/Нет
166.	Проведена немедленная отмена генно-инженерных биологических препаратов и/или иммунодепрессанта (при подозрении/развитии интерстициальной пневмонии у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом)	Да/Нет
167.	Проведено назначение генно-инженерных биологических препаратов и/или иммунодепрессанта (не раньше, чем через 1 неделю после полного купирования пневмонии по данным лабораторных исследований, контрольной компьютерной томографии органов грудной полости) и окончания антибактериальной терапии, по	Да/Нет

	показаниям у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
168.	Проведена немедленная отмена генно-инженерных биологических препаратов и иммунодепрессанта (у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом при подозрении или развитии пневмонии)	Да/Нет
169.	Проведено назначение ацикловира 20 мг/кг/сутки перорально в 4 приема (5 мг/кг/прием) не более 400 мг/сутки (при развитии локальной герпетической инфекции у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
170.	Проведена отмена генно-инженерных биологических препаратов и/или иммунодепрессанта (у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом при развитии инфекции, вызванной герпес-вирусами)	Да/Нет
171.	Проведено назначение генно-инженерных биологических препаратов и/или иммунодепрессанта не раньше, чем через 1 неделю после полного купирования вирусной инфекции и окончания противовирусной терапии (у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
172.	Проведено назначение иммуноглобулина человека нормального в дозе 400 мг/кг (при снижении уровня иммуноглобулинов крови у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, получающих ритуксимаб, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
173.	Выполнена магнитно-резонансная томография малого таза с применением ректального датчика (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при диагностике сепсиса у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом)	Да/Нет
174.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (активность антитромбина III; уровень пламиногена и фибриногена, концентрация Д-димера, уровень растворимых фибриномономерных комплексов в крови, протромбиновое (тромбопластиновое) (у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом)	Да/Нет
175.	Проведено назначение генно-инженерных биологических препаратов и иммунодепрессанта (не раньше, чем через 1 неделю после полного купирования клинических и лабораторных признаков сепсиса и окончания антибактериальной терапии (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
176.	Проведена отмена генно-инженерных биологических препаратов/иммунодепрессанта (пациентам с установленным	Да/Нет

	диагнозом юношеский артрит с системным началом, при развитии непереносимости на любом этапе лечения)	
177.	Проведено назначение препаратов для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (при выявлении рефлюксной болезни и/или воспалительной гастропатии, эрозивных и/или язвенных процессов в пищеводе и/или желудке, и/или 12-перстной кишки по данным эзофагогастроскопии у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, в зависимости от медицинских показаний)	Да/Нет
178.	Проведено назначение эрадикационной терапии (при выявлении <i>Helicobacter pylori</i> у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
179.	Проведена отмена генно-инженерных биологических препаратов и/или иммунодепрессанта (на время проведения эрадикационной терапии у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом)	Да/Нет
180.	Проведена немедленная отмена иммунодепрессанта и/или генно-инженерных биологических препаратов (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом при подозрении на развитие онкологического/онкогематологического/лимфопролиферативного заболевания)	Да/Нет

3.4.15.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при юношеском артрите с системным началом (коды по МКБ - 10: M08.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена госпитализация в ревматологическое отделение (при установлении диагноза, в том числе при проведении дифференциальной диагностики, всех пациентов с подозрением на системный юношеский артрит)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование коагулограммы (ориентировочное исследование системы гемостаза) (активность антитромбина III; уровень пламиногена и фибриногена, концентрация Д-димера, уровень растворимых фибринмономерных комплексов в крови, протромбиновое (тромбопластиновое) время в крови или в плазме, активированное частичное тромбопластиновое время, тромбиновое время в крови, фактор Виллебранда в крови) (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня иммуноглобулинов в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет

6.	Выполнено определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено определение антистрептолизина-О в сыворотке крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнено определение содержания ревматоидного фактора в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнено определение содержания антител к цитоплазме нейтрофилов в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнено определение содержания антицентромерных антител в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
11.	Выполнено определение содержания антител к рибонуклеиновой кислоте в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
12.	Выполнено определение содержания антител к циклическому цитрулиновому пептиду (анти-CCP) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
13.	Выполнено определение содержания антинуклеарных антител к Sm-антигену (при установлении диагноза)	Да/Нет
14.	Выполнено определение содержания антисклеродермальные антитела к белку Scl-70 (при установлении диагноза)	Да/Нет
15.	Выполнено исследование уровня комплемента и его фракций в крови (С3 и С4 фракции комплемента) (при установлении диагноза)	Да/Нет
16.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
17.	Выполнено определение HLA-антигенов (антигена HLA-B27) (при установлении диагноза)	Да/Нет
18.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза)	Да/Нет
19.	Выполнено исследование уровня прокальцитонина в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
20.	Выполнено иммунофенотипирование периферической крови для выявления субпопуляционного состава лимфоцитов (основных) (при установлении диагноза)	Да/Нет
21.	Выполнена очаговая проба с туберкулином (реакция Манту или тест с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении) (при установлении диагноза)	Да/Нет
22.	Выполнено исследование уровня интерферона-гамма на антигены <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
23.	Выполнено определение антител к сальмонелле кишечной (<i>Salmonella enterica</i>) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
24.	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза (<i>Yersinia pseudotuberculosis</i>) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет

25.	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к микоплазме пневмонии (<i>Mycoplasma pneumoniae</i>) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
26.	Выполнено определение антител к хламидии трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
27.	Выполнено определение антител классов А, М, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии птичьей (<i>Chlamydia psitaci</i>) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
28.	Выполнено определение ДНК возбудителей иксодовых клещевых боррелиозов группы <i>Borrelia burgdorferi sensu lato</i> в крови методом ПЦР (пациентам, у которых есть анамнестические данные о походе в лес, проживании в районах, эндемичных по распространению клеща, укусе клеща) (при установлении диагноза)	Да/Нет
29.	Выполнено определение антител класса М (IgM) к возбудителям иксодовых клещевых боррелиозов группы <i>Borrelia burgdorferi sensu lato</i> в крови (пациентам, у которых есть анамнестические данные о походе в лес, проживании в районах, эндемичных по распространению клеща, укусе клеща) (при установлении диагноза)	Да/Нет
30.	Выполнено определение антител класса G (IgG) к возбудителям иксодовых клещевых боррелиозов группы <i>Borrelia burgdorferi sensu lato</i> в крови (пациентам, у которых есть анамнестические данные о походе в лес, проживании в районах, эндемичных по распространению клеща, укусе клеща) (при установлении диагноза)	Да/Нет
31.	Выполнено определение суммарных антител к возбудителям иксодовых клещевых боррелиозов группы <i>Borrelia burgdorferi sensu lato</i> в крови (пациентам, у которых есть анамнестические данные о походе в лес, проживании в районах, эндемичных по распространению клеща, укусе клеща) (при установлении диагноза)	Да/Нет
32.	Выполнено определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein - Barr virus) методом ПЦР в периферической крови, количественное исследование (при установлении диагноза)	Да/Нет
33.	Выполнено определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein - Barr virus) методом ПЦР в слюне (при установлении диагноза)	Да/Нет
34.	Выполнено определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein - Barr virus) методом ПЦР в моче (при установлении диагноза)	Да/Нет
35.	Выполнено определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) методом ПЦР в периферической крови, количественное исследование (при установлении диагноза)	Да/Нет
36.	Выполнено определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) методом ПЦР в слюне (при установлении диагноза)	Да/Нет
37.	Выполнено определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) в моче методом ПЦР (при установлении диагноза)	Да/Нет
38.	Выполнено определение ДНК простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) методом ПЦР в крови, количественное исследование (при установлении диагноза)	Да/Нет

39.	Выполнено определение ДНК вируса простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) в моче методом ПЦР (при установлении диагноза)	Да/Нет
40.	Выполнено определение ДНК простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) методом ПЦР в слюне	Да/Нет
41.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование крови на токсоплазмы (<i>Toxoplasma gondii</i>) (пациентам, у которых есть данные о наличии контакта с животными, при установлении диагноза)	Да/Нет
42.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (при установлении диагноза)	Да/Нет
43.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность (при установлении диагноза)	Да/Нет
44.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы (при установлении диагноза)	Да/Нет
45.	Выполнено исследование уровня кальпротектина в кале (при установлении диагноза)	Да/Нет
46.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза)	Да/Нет
47.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза)	Да/Нет
48.	Выполнено ультразвуковое исследование пораженного сустава (при установлении диагноза)	Да/Нет
49.	Выполнено комплексное ультразвуковое исследование внутренних органов (при установлении диагноза)	Да/Нет
50.	Выполнена рентгенография или компьютерная томография пораженных суставов (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при установлении диагноза)	Да/Нет
51.	Выполнена компьютерная томография пораженных суставов (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения без применения анестезиологического пособия) (пациентам с моноартритом или поражением двух суставов для исключения туберкулеза костей, остеомиелита, доброкачественных и злокачественных опухолей, метастазов в кости, при установлении диагноза)	Да/Нет
52.	Выполнена магнитно-резонансная томография пораженных суставов с контрастированием (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при установлении диагноза)	Да/Нет
53.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения без применения анестезиологического пособия) (при установлении диагноза)	Да/Нет

54.	Выполнена биопсия желудка или двенадцатиперстной кишки с помощью эндоскопии (с применением анестезиологического пособия при проведении эзофагогастродуоденоскопии при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при установлении диагноза)	Да/Нет
55.	Выполнено исследование биоптатов слизистой и/или стенки желудка на хеликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>) (при установлении диагноза)	Да/Нет
56.	Выполнена биопсия пищевода с помощью эндоскопии (с применением анестезиологического пособия при проведении эзофагогастродуоденоскопии при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при установлении диагноза)	Да/Нет
57.	Выполнена биопсия желудка с помощью эндоскопии (с применением анестезиологического пособия при проведении эзофагогастродуоденоскопии при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при установлении диагноза)	Да/Нет
58.	Выполнена биопсия двенадцатиперстной кишки с помощью эндоскопии (с применением анестезиологического пособия при проведении эзофагогастродуоденоскопии при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при установлении диагноза)	Да/Нет
59.	Выполнена биопсия тонкой кишки эндоскопическая (с применением анестезиологического пособия при проведении эзофагогастродуоденоскопии при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при установлении диагноза)	Да/Нет
60.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пищевода (при установлении диагноза)	Да/Нет
61.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала желудка (при установлении диагноза)	Да/Нет
62.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала двенадцатиперстной кишки (при установлении диагноза)	Да/Нет
63.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тонкой кишки (при установлении диагноза)	Да/Нет
64.	Выполнена колоноскопия (с применением анестезиологического пособия) (при установлении диагноза)	Да/Нет
65.	Выполнена биопсия толстой кишки (с применением анестезиологического пособия) (при проведении колоноскопии, при установлении диагноза)	Да/Нет
66.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала толстой кишки (при установлении диагноза)	Да/Нет

67.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при установлении диагноза)	Да/Нет
68.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при установлении диагноза)	Да/Нет
69.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при установлении диагноза)	Да/Нет
70.	Выполнена магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при установлении диагноза)	Да/Нет
71.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при установлении диагноза)	Да/Нет
72.	Выполнена биопсия лимфатического узла (с применением анестезиологического пособия) (включая раннее послеоперационное ведение) (при установлении диагноза)	Да/Нет
73.	Выполнено цитологическое исследование препарата тканей лимфоузла (при установлении диагноза)	Да/Нет
74.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла (при установлении диагноза)	Да/Нет
75.	Выполнена сцинтиграфия полипозиционная костей (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (пациентам с очагами деструкции в костях, не типичными для системного юношеского артрита, при установлении диагноза)	Да/Нет
76.	Выполнена трепанбиопсия костей таза под контролем компьютерной томографии (с применением анестезиологического пособия) (включая раннее послеоперационное ведение)(при установлении диагноза)	Да/Нет
77.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза)	Да/Нет
78.	Выполнено цитологическое исследование отпечатков трепанбиоптата костного мозга (при установлении диагноза)	Да/Нет

79.	Выполнено иммуноцитохимическое исследование отпечатков трепанобиоптата костного мозга (при установлении диагноза)	Да/Нет
80.	Выполнено иммунофенотипирование гемопоэтических клеток-предшественниц в костном мозге (при установлении диагноза)	Да/Нет
81.	Выполнена биопсия кости (с применением анестезиологического пособия) (включая раннее послеоперационное ведение) (пациентам с объемными и деструктивными изменениями, а также с деформациями в костях, не типичными для системного юношеского артрита, при установлении диагноза)	Да/Нет
82.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костной ткани (пациентам с объемными и деструктивными изменениями, а также с деформациями в костях, не типичными для системного юношеского артрита, при установлении диагноза)	Да/Нет
83.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского онколога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-гематолога первичный (пациентам; у которых по результатам обследований заподозрено онкологическое или онко-гематологическое заболевание, при установлении диагноза)	Да/Нет
84.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (пациентам с объемными и деструктивными изменениями, а также с деформациями в костях, не типичными для системного юношеского артрита, при установлении диагноза)	Да/Нет
85.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
86.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
87.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
88.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (пациентам с неврологической симптоматикой, отставанием в психомоторном развитии, психотическими реакциями, при установлении диагноза)	Да/Нет
89.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный (пациентам с положительными внутрикожными пробами с туберкулином и/или повышенным уровнем интерферона-гамма на антигена Mycobacterium tuberculosis complex в крови и/или инфильтративными очагами в легких, при установлении диагноза)	Да/Нет
90.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача сурдолога-оториноларинголога первичный (пациентам с подозрением на аутовоспалительные синдромы, при установлении диагноза)	Да/Нет
91.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (пациентам с множественными малыми аномалиями развития, синдромом дисплазии соединительной ткани, с подозрением на аутовоспалительные синдромы, при установлении диагноза)	Да/Нет

92.	Выполнен прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный (всем пациентам с возраста 1 года и родителям детей (вне зависимости от возраста ребенка, при установлении диагноза)	Да/Нет
93.	Выполнена госпитализация в стационар ревматологического отделения (при установлении диагноза, в том числе при проведении дифференциальной диагностики, при подозрении на гемофагоцитарный синдром)	Да/Нет
94.	Выполнена оценка выраженности и характера лихорадки (при установлении диагноза гемофагоцитарный синдром)	Да/Нет
95.	Выполнена оценка общего состояния (при установлении диагноза гемофагоцитарный синдром)	Да/Нет
96.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза гемофагоцитарный синдром)	Да/Нет
97.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (при установлении диагноза гемофагоцитарный синдром)	Да/Нет
98.	Выполнено исследование коагулограммы (ориентировочное исследование системы гемостаза) (активность антитромбина III; уровень плазминогена и фибриногена, концентрация Д-димера, уровень растворимых фибринмономерных комплексов в крови, протромбиновое (тромбопластиновое) время в крови или в плазме, активированное частичное тромбопластиновое время, тромбиновое время в крови, фактор Виллебранда в крови) (при установлении диагноза гемофагоцитарный синдром)	Да/Нет
99.	Выполнено исследование уровня прокальцитонина в крови (при установлении диагноза гемофагоцитарный синдром)	Да/Нет
100.	Выполнено комплексное ультразвуковое исследование внутренних органов (при установлении диагноза гемофагоцитарный синдром)	Да/Нет
101.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза)	Да/Нет
102.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза)	Да/Нет
103.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при установлении диагноза гемофагоцитарный синдром)	Да/Нет
104.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (пациентам с неврологической симптоматикой, при установлении диагноза гемофагоцитарный синдром)	Да/Нет
105.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (с применением анестезиологического пособия при невозможности	Да/Нет

	выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при установлении диагноза гемофагоцитарный синдром)	
106.	Выполнено ультразвуковое исследование забрюшинного пространства и/или магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при установлении диагноза гемофагоцитарный синдром)	Да/Нет
107.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансабдоминальное) и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при установлении диагноза гемофагоцитарный синдром)	Да/Нет
108.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный (пациентам с неврологической симптоматикой, при установлении диагноза гемофагоцитарный синдром)	Да/Нет
109.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога повторный (с оценкой состояния сред и оболочек глаза, зрительного нерва, сетчатки и глазного дна) (пациентам с геморрагическим синдромом, при установлении диагноза гемофагоцитарный синдром)	Да/Нет
110.	Выполнена госпитализация в стационар ревматологического отделения (при обследовании перед назначением или коррекцией противоревматической терапии всем пациентам с установленным диагнозом системный юношеский артрит, активная стадия)	Да/Нет
111.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
112.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
113.	Выполнено исследование коагулограммы (ориентировочное исследование системы гемостаза) (активность антитромбина III; уровень пламиногена и фибриногена, концентрация Д-димера, уровень растворимых фибринмономерных комплексов в крови, протромбиновое (тромбопластиновое) время в крови или в плазме, активированное частичное тромбопластиновое время, тромбиновое время в крови, фактор Виллебранда в крови) (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
114.	Выполнено исследование уровня иммуноглобулинов в крови (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
115.	Выполнено определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
116.	Выполнено определение антистрептолизина-О в сыворотке крови (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет

117.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
118.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
119.	Выполнено исследование уровня прокальцитонина в крови (всем пациентам с лихорадкой) (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
120.	Выполнено иммунофенотипирование периферической крови для выявления субпопуляционного состава лимфоцитов (основных) (пациентам, часто болеющим вирусными, гнойными бактериальными инфекциями, в том числе оппортунистическими) (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
121.	Выполнена очаговая проба с туберкулином (реакция Манту или тест с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении) (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
122.	Выполнено исследование уровня интерферона-гамма на антигены <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> в крови (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
123.	Выполнено определение антител к сальмонелле кишечной (<i>Salmonella enterica</i>) в крови (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
124.	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза (<i>Yersinia pseudotuberculosis</i>) в крови (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
125.	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к микоплазме пневмонии (<i>Mycoplasma pneumoniae</i>) в крови (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
126.	Выполнено определение антител к хламидии трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>) в крови (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
127.	Выполнено определение антител классов А, М, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии птичьей (<i>Chlamydia psittaci</i>) в крови (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
128.	Выполнено определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein - Barr virus) методом ПЦР в периферической крови, количественное исследование (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет

129.	Выполнено определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein - Barr virus) методом ПЦР в слюне (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
130.	Выполнено определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein - Barr virus) методом ПЦР в моче (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
131.	Выполнено определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) методом ПЦР в периферической крови, количественное исследование (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
132.	Выполнено определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) методом ПЦР в слюне (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
133.	Выполнено определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) в моче методом ПЦР (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
134.	Выполнено определение ДНК простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) методом ПЦР в крови, количественное исследование (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
135.	Выполнено определение ДНК вируса простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) в моче методом ПЦР (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
136.	Выполнено определение ДНК простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) методом ПЦР в слюне (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
137.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
138.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность (пациентам с фебрильной и гектической лихорадкой) (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
139.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы (пациентам с фебрильной и гектической лихорадкой) (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
140.	Выполнено исследование уровня кальпротектина в кале (пациентам с клиническими проявлениями воспалительных заболеваний кишечника)	Да/Нет

	(при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	
141.	Выполнена эхокардиография (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
142.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
143.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма (пациентам с аритмией, патологическими изменениями по данным электрокардиографии, пациентам с артериальной гипертензией пациентам с юношеским артритом с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
144.	Выполнено суточное мониторирование артериального давления (пациентам с артериальной гипертензией) (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
145.	Выполнено ультразвуковое исследование пораженного сустава (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
146.	Выполнено комплексное ультразвуковое исследование внутренних органов (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
147.	Выполнена рентгенография или компьютерной томографии пораженных суставов (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
148.	Выполнена магнитно-резонансная томография пораженных суставов с контрастированием (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения) (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
149.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
150.	Выполнена биопсия желудка с помощью эндоскопии (с применением анестезиологического пособия при проведении эзофагогастродуоденоскопии при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при установлении диагноза) (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
151.	Выполнено исследование биоптатов слизистой и/или стенки желудка на хеликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>) (при юношеском артрите)	Да/Нет

	с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	
152.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (пациентам с функциональной недостаточностью суставов, нарушением роста костей в длину, подвывихами, болью в спине) (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
153.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
154.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
155.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный (пациентам с нарушением сердечной деятельности и/или артериальной гипертензией) (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
156.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога первичный (пациентам с сопутствующей эндокринологической патологией) (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
157.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
158.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный (пациентам с положительными результатами очаговой пробы с туберкулином и/или повышенным уровнем интерферона-гамма на антигена Mycobacterium tuberculosis complex в крови и/или очаговыми, инфильтративными изменениями в легких) (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
159.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (пациентам с неврологической симптоматикой, отставанием в психомоторном развитии, психотическими реакциями) (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
160.	Выполнен прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный (всем пациентам с возраста 1 года), родителям детей (вне зависимости от возраста ребенка) (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
161.	Выполнен осмотр (консультация) врача-физиотерапевта (всем пациентам с функциональной недостаточностью) (для разработки индивидуальной программы реабилитации после снижения активности заболевания) (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет

162.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре (всем пациентам с функциональной недостаточностью) (для разработки индивидуальной программы реабилитации после снижения активности заболевания) (при юношеском артрите с системным началом перед назначением/коррекцией противоревматической терапии)	Да/Нет
163.	Проведено назначение противоревматической терапии (всем пациентам после установления диагноза, в том числе дифференциальной диагностики) (в условиях стационара ревматологического отделения (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний))	Да/Нет
164.	Проведена монотерапия нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами препаратами длительностью не более 1 месяца (на этапе обследования) (у пациентов с неустановленным диагнозом системный юношеский артрит, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
165.	Проведено назначение диклофенака в дозировке 2–3 мг/кг/сутки или нимесулид в дозировке 3–5 мг/кг/сутки, или мелоксикам в дозировке 7,5–15 мг/сутки, или ибупрофен в дозировке 30 мг/кг/сутки (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
166.	Выполнено назначение/проведена терапия глюкокортикоидами перорально или внутривенно или внутрисуставно, и/или иммунодепрессант, и/или генно-инженерный биологический препарат (после исключения онкологических, онко-гематологических, пролиферативных заболеваний), (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
167.	Проведена терапия системными глюкокортикоидами при опасных для жизни системных проявлениях заболевания (стойкая фебрильная или гектическая лихорадка, кардит, пневмонит, серозит), (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
168.	Выполнено назначение/проведена терапия системные глюкокортикоиды: пульс-терапия метилпреднизолоном в дозе 10–30 мг/кг/введение в течение 3 дней подряд, при необходимости — 5 дней подряд, (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
169.	Выполнено назначение/проведена терапия преднизолон или метилпреднизолон в дозе 0,5-1 мг/кг в сутки перорально (при неэффективности пульс-терапии метилпреднизолоном) (при персистировании лихорадки или кардита или серозита или пневмонита или при развитии гемофогоцитарного синдрома), (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
170.	Проведено внутрисуставное введение бетаметазона или триамцинолон (при наличии активного моно-олигоартрита) (при отсутствии	Да/Нет

	медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	
171.	Выполнено назначение/проведена терапия тоцилизумаб или канакинумаб (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
172.	Выполнено назначение/проведена терапия тоцилизумаб внутривенно в дозе 8 мг/кг на введение или подкожно 162 мг 1 раз в неделю (у детей с массой тела ≥ 30 кг), внутривенно 12 мг/кг на введение или подкожно в дозе 162 мг 1 раз в 2 недели (у детей с массой тела < 30 кг), 1 раз в 2 нед (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
173.	Выполнено назначение/проведена терапия канакинумаб подкожно в дозе 4 мг/кг на введение 1 раз в 4 недели (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
174.	Проведена врачебная комиссия для решения вопроса о назначении тоцилизумаба или канакинумаба по жизненным показаниям (детям в возрасте младше двух лет, после получения информированного согласия родителей) (при отсутствии медицинских противопоказаний) (при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
175.	Выполнено назначение/проведена терапия метотрексатом (при активном артрите вне зависимости от наличия системных проявлений при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
176.	Выполнено назначение/проведена терапия метотрексат подкожно в градуированных шприцах в дозе 15 мг/м ² в неделю (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
177.	Выполнено назначение/проведена терапия фолиевой кислотой (для предотвращения побочных эффектов применения метотрексата, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
178.	Выполнено назначение/проведена терапия фолиевой кислотой в дозе 1 мг/сут каждый день или 2,5 мг\сут 1 раз в неделю перорально через день (в период приема метотрексата, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
179.	Выполнено назначение/проведена терапия лефлуномидом (при развитии непереносимости метотрексата на любом этапе лечения, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
180.	Выполнено назначение/проведена терапия лефлуномидом (у детей с массой тела < 20 кг в дозе 10 мг в сутки перорально однократно через день; у детей с массой тела > 20 и < 40 кг – в дозе 10 мг перорально ежедневно; у детей с массой тела > 40 кг – в дозе 20 мг в суки перорально ежедневно, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
181.	Проведена врачебная комиссия (для решения вопроса о назначении лефлуномида по жизненным показаниям) (после получения информированного согласия родителей и детей в возрасте старше 15	Да/Нет

	лет, при отсутствии медицинских противопоказаний) (при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	
182.	Выполнено назначение/проведена терапия канакинумабом или тоцилизумабом (при неэффективности первого ГИБП: персистировании системных проявлений и/или недостижении пациентом 50% улучшения по критериям АКРпеди через 3 мес или стадии неактивной болезни по критериям С. Wallace – через 6 мес монотерапии тоцилизумабом/канакинумабом или в сочетании с метотрексатом; или на любом этапе лечения при нарастании активности болезни, при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
183.	Выполнено назначение/проведена терапия канакинумабом в дозе 4 мг/кг подкожно 1 раз в 4 недели (при развитии непереносимости тоцилизумаба на любом этапе лечения, при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
184.	Выполнено назначение/проведена терапия тоцилизумабом у детей с массой тела ≥ 30 кг в дозе 8 мг/кг/введение внутривенно 1 раз в 2 нед или в дозе 162 мг подкожно 1 раз в неделю; у детей с массой тела < 30 кг – в дозе 12 мг/кг/введение внутривенно или 162 мг подкожно 1 раз в 2 нед (при развитии непереносимости канакинумаба на любом этапе лечения, при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
185.	Выполнено назначение/проведена терапия ритуксимабом (при неэффективности тоцилизумаба/канакинумаба: персистировании системных проявлений и/или недостижении пациентом 50% улучшения по критериям АКРпеди через 3 мес или стадии неактивной болезни по критериям С. Wallace – через 6 мес монотерапии вторым ГИБП или в сочетании с метотрексатом; или на любом этапе лечения при нарастании активности болезни, при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
186.	Выполнено назначение/проведена терапия ритуксимаб (при непереносимости монотерапии тоцилизумабом и канакинумабом или в сочетании с метотрексатом или с лефлуномидом на любом этапе лечения, при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
187.	Проведена врачебная комиссия (для решения вопроса о назначении ритуксимаба по жизненным показаниям) (после получения информированного согласия родителей или детей в возрасте старше 15 лет, при отсутствии медицинских противопоказаний) (при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
188.	Выполнено назначение/проведена терапия ритуксимабом внутривенно в дозе 375 мг/м ² в неделю 1 раз в нед в течение 4 последовательных нед (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет

189.	Проведен контроль эффективности ритуксимаба через 16-24 нед и далее каждые 6 мес (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
190.	Выполнено назначение/проведена терапия ритуксимаб в комбинации с ко-тримоксазолом в дозе 5 мг/кг перорально 3 раза в неделю (при профилактике пневмоцистной пневмонии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
191.	Выполнено назначение/проведена терапия ингибиторы фактора нектроза опухоли альфа (ФНО-альфа) (этанерцепт/адалимумаб/голимумаб) (при активном артрите и ремиссии системных проявлений не менее 1 года, которая развилась на фоне лечения тоцилизумабом или канакинумабом, или ритуксимабом, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
192.	Выполнено назначение/проведена терапия адалимумабом у детей с 13 до 17 лет в дозе 40 мг 1 раз в 2 недели, у детей с 2 до 12 лет – 24 мг/м ² площади поверхности тела, максимальная доза – 40 мг, при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
193.	Выполнено назначение/проведена терапия этанерцепт 0,4 мг/кг/введение подкожно 2 раза в нед или 0,8 мг/кг/введение 1 раз в нед, при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
194.	Выполнено назначение/проведена терапия голимумаб детям с массой тела < 40 кг в дозе 30 мг/м ² 1 подкожно 1 раз в 4 нед; детям с массой тела >40 кг в дозе 50 мг подкожно 1 раз в 4 нед, при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
195.	Проведена врачебная комиссия (для решения вопроса о назначении адалимумаба/этанерцепта, голимумаба по жизненным показаниям) (после получения информированного согласия родителей и детей в возрасте старше 15 лет, при отсутствии медицинских противопоказаний) (при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
196.	Проведена вакцинация для профилактики пневмококковой инфекции, содержащей капсулярные полисахариды 13 серотипов пневмококка всех пациентов с системным юношеским артритом, получающих иммунодепрессант и/или генно-инженерные биологические препараты (за исключением ритуксимаба, при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
197.	Проведена вакцинация для профилактики пневмококковой инфекции, содержащей капсулярные полисахариды 13 серотипов пневмококка, за 2 недели до инфузии тоцилизумаба; за 4 недели до инъекции канакинумаба; за 1 неделю до инъекции этанерцепта; за 2 недели до инъекции адалимумаба, за 4 нед до инъекции голимумаба (при	Да/Нет

	отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	
198.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога повторный (всем пациентам с очагами хронической инфекции, контроль санации) (при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
199.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога повторный (всем пациентам с осложненной стероидной катарактой) (при контроле эффективности терапии, а также решения вопроса об оперативном лечении в условиях офтальмологического стационара при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
200.	Выполнена биомикроскопия глаза (всем пациентам с осложненной стероидной катарактой) (при контроле эффективности терапии, а также решения вопроса об оперативном лечении в условиях офтальмологического стационара при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
201.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога повторный (пациентам с нарушением сердечной деятельности и/или артериальной гипертензией) (при контроле эффективности кардиотропной и/или гипотензивной терапии при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
202.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога повторный (пациентам с эндокринологической патологией, в том числе получающих глюкокортикоиды), (при контроле эффективности терапии при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
203.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный (всем пациентам с очагами хронической инфекции) (при контроле санации при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
204.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (пациентам с неврологической симптоматикой, отставанием в психомоторном развитии, психотическими реакциями) (при контроле эффективности терапии при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
205.	Выполнен прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный (всем пациентам и их родителям после завершения программы психологической реабилитации) (при оценке ее эффективности при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
206.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-диетолога повторный всем пациентам при контроле выполнения индивидуальной программы диетического питания, рекомендаций по пищевому поведению в амбулаторных условиях при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
207.	Выполнен осмотр (консультация) врача-физиотерапевта (всем пациентам с функциональной недостаточностью после снижения	Да/Нет

	активности заболевания) (при разработке программы физиотерапевтических процедур в рамках индивидуальной программы реабилитации при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	
208.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре (всем пациентам с функциональной недостаточностью) (при разработке индивидуальной программы реабилитации после снижения активности заболевания при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
209.	Проведена индивидуальная программа медицинской реабилитации всем пациентам с функциональной недостаточностью (после снижения активности заболевания при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
210.	Выполнен осмотр (консультация) врача-физиотерапевта всем пациентам с функциональной недостаточностью (после программы физиотерапевтических процедур при оценке ее эффективности при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
211.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре повторный всем пациентам с функциональной недостаточностью (после окончания программы индивидуальной реабилитации при оценке ее эффективности при юношеском артрите с системным началом с активными системными проявлениями)	Да/Нет
212.	Проведена смена терапии (при недостижении 50% улучшения по критериям АКРпеди через 3 месяца лечения вне зависимости от применяемого ГИБП: уменьшение на 50% по сравнению с исходным значением не менее, чем 3 из 6 следующих показателей при возможном ухудшении на 30 % не более чем 1 показателя: число суставов с признаками активного воспаления; число суставов с ограничением функции; скорость оседания эритроцитов или сывороточная концентрация С реактивного белка; общая оценка врачом активности болезни (с помощью 100-мм визуальной аналоговой шкалы); оценка пациентом или его родителем общего самочувствия (с помощью визуальной аналоговой шкалы); оценка функциональной способности с помощью опросника CHAQ)	Да/Нет
213.	Проведена смена терапии через 6 месяцев после начала лечения (при недостижении стадии неактивной болезни не позже 6 мес лечения вне зависимости от применяемого ГИБП (отсутствие суставов с активным артритом; отсутствие лихорадки, сыпи, серозита, спленомегалии или генерализованной лимфаденопатии, типичных для ювенильного артрита; отсутствие активного увеита; нормальный показатель скорости оседания эритроцитов и/или С реактивного белка отсутствие активности болезни по общей оценке врача (по визуальной аналоговой шкале); утренняя скованность меньше 15 минут)	Да/Нет
214.	Проведена смена терапии при недостижении ремиссии болезни через 12 месяцев вне зависимости от применяемого ГИБП (отсутствие суставов с активным артритом; отсутствие лихорадки, сыпи, серозита, спленомегалии или генерализованной лимфаденопатии, типичных для ювенильного артрита; отсутствие активного увеита; нормальный показатель скорости оседания эритроцитов и/или С реактивного белка;	Да/Нет

	отсутствие активности болезни по общей оценке врача (по визуальной аналоговой шкале); утренняя скованность меньше 15 минут)	
215.	Проведено назначение противоревматической терапия (всем пациентам после установления диагноза юношеского артрита с системным началом без активных системных проявлений, в том числе дифференциальной диагностики, в условиях стационара ревматологического отделения, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
216.	Проведена монотерапия нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами (не более 1 мес на этапе установления диагноза и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
217.	Выполнено назначение/проведена терапия диклофенаком 2–3 мг/кг/сутки или нимесулидом 3–5 мг/кг/сутки, или мелоксикамом 7,5–15 мг/сутки, или ибупрофеном 30 м/кг/сутки (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
218.	Проведено внутрисуставное введение бетаметазона или триамцинолона при наличии активного моно-олигоартрита (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
219.	Проведена вакцинация для профилактики пневмококковой инфекции, содержащей капсулярные полисахариды 13 серотипов пневмококка (пациентов, получающих тоцилизумаб - за 2 недели до планируемой инфузии; пациентов, получающих канакинумаб - за 4 недели до планируемой инъекции; пациентов, получающих этанерцепт - за 1 неделю до планируемой инъекции; пациентов, получающих адалимумаб и голимумаб - за 2 и 4 нед до планируемой инъекции (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
220.	Выполнено назначение/проведена терапия метотрексатом (при активном артрите в дозе 15 мг/м ² / нед, при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
221.	Выполнено назначение/проведена терапия фолиевой кислотой (для предотвращения побочных эффектов применения метотрексата, при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
222.	Выполнено назначение/проведена терапия фолиевой кислотой (в дозе 1,0 мг/сут каждый день или 2,5 мг/сут 1 раз в неделю перорально в период приема метотрексата, при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
223.	Выполнено назначение/проведена терапия лефлуномид (при недостижении пациентом 50% улучшения по критериям АКРпеди через 3 мес или стадии неактивной болезни по критериям С. Wallace – через 6 мес терапии метотрексатом; или на любом этапе лечения при нарастании активности болезни (при отсутствии медицинских	Да/Нет

	противопоказаний) при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	
224.	Выполнено назначение/проведена терапия лефлуномидом детям с массой тела < 20 кг в дозе 10 мг в сутки перорально однократно через день; с массой тела > 20 и < 40 кг – в дозе 10 мг перорально ежедневно; и с массой тела > 40 кг – в дозе 20 мг в суки перорально ежедневно (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
225.	Проведена врачебная комиссия (для решения вопроса о назначении лефлуномида по жизненным показаниям, после получения информированного согласия родителей и детей в возрасте старше 15 лет, при отсутствии медицинских противопоказаний) (при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
226.	Проведено переключение на лефлуномид (при развитии непереносимости метотрексата на любом этапе лечения (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
227.	Выполнено назначение/проведена терапия лефлуномидом детям с массой тела < 20 кг в дозе 10 мг в сутки перорально однократно через день; с массой тела > 20 и < 40 кг – в дозе 10 мг перорально ежедневно; с массой тела > 40 кг – в дозе 20 мг в суки перорально ежедневно (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
228.	Выполнено назначение/проведена терапия тоцилизумабом (при недостижении пациентом 50% улучшения по критериям АКРпеди через 3 мес или стадии неактивной болезни по критериям С. Wallace – через 6 мес терапии метотрексатом/лефлуномидом; или на любом этапе лечения при повышении активности болезни (при отсутствии медицинских противопоказаний) при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
229.	Выполнено назначение/проведена терапия тоцилизумабом в дозе 8 мг/кг на введение — у детей с массой тела ≥ 30 кг; 12 мг/кг на введение — у детей с массой тела < 30 кг внутривенно 1 раз в 2 нед или подкожно в дозе 162 мг 1 раз в 2 недели у детей с массой тела < 30 кг или 162 мг 1 раз в неделю у детей с массой тела ≥ 30 кг (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
230.	Проведена врачебная комиссия (для решения вопроса о назначении тоцилизумаба по жизненным показаниям, детям в возрасте младше двух лет, после получения информированного согласия родителей (при отсутствии медицинских противопоказаний) (при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
231.	Выполнено назначение/проведена терапия вторым ингибитором ФНО-альфа (адалimumаб/этанерцепт/голимумаб) (при недостижении пациентом 50% улучшения по критериям АКРпеди через 3 мес или стадии неактивной болезни по критериям С. Wallace – через 6 мес терапии тоцилизумабом в сочетании с метотрексатом/лефлуномидом; или на любом этапе лечения при повышении активности болезни (при	Да/Нет

	отсутствии медицинских противопоказаний) при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	
232.	Выполнено назначение/проведена терапия ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) (этанерцепт/адалимумаб/голимумаб) (при развитии непереносимости тоцилизумаба на любом этапе лечения (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
233.	Выполнено назначение/проведена терапия адалимумаб детям с 13 до 17 лет в дозе 40 мг 1 раз в 2 недели, с 2 до 12 лет – в дозе 24 мг/м ² площади поверхности тела, максимальная доза - 40 мг (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
234.	Выполнено назначение/проведена терапия этанерцептом 0,4 мг/кг/введение подкожно 2 раза в нед или 0,8 мг/кг/введение 1 раз в нед (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
235.	Выполнено назначение/проведена терапия голимумабом детям с массой тела менее 40 кг подкожно в дозе 30 мг/м ² 1 раз в 4 недели, детям с массой тела более 40 кг – подкожно в дозе 50 мг 1 раз в 4 недели (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
236.	Проведена врачебная комиссия (для решения вопроса о назначении адалимумаба/этанерцепта детям в возрасте <2-х лет, детям с массой тела < 40 кг, голимумаба (по жизненным показаниям, после получения информированного согласия родителей и ребенка в возрасте старше 15 лет (при отсутствии медицинских противопоказаний) (при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
237.	Выполнено назначение/проведена терапия канакинумабом в дозе 4 мг/кг подкожно 1 раз в 4 недели (при неэффективности тоцилизумаба, ингибиторов фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) в сочетании с метотрексатом или лефлуномидом (при отсутствии медицинских противопоказаний) при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
238.	Выполнено назначение/проведена терапия канакинумабом (при недостижении пациентом 50% улучшения по критериям АКРпеди через 3 мес или стадии неактивной болезни по критериям С. Wallace – через 6 мес терапии ингибитором ФНО-альфа в сочетании с метотрексатом/лефлуномидом; или на любом этапе лечения при повышении активности болезни (при отсутствии медицинских противопоказаний) при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
239.	Выполнено назначение/проведена терапия канакинумабом в дозе 4 мг/кг подкожно 1 раз в 4 нед (при развитии непереносимости ингибиторов фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) на любом этапе лечения (при отсутствии медицинских противопоказаний) при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет

240.	Проведена врачебная комиссия (для решения вопроса о назначении адалимумаба/этанерцепта детям в возрасте <2-х лет, детям с массой тела < 40 кг, голимумаба (по жизненным показаниям, после получения информированного согласия родителей и ребенка в возрасте старше 15 лет (при отсутствии медицинских противопоказаний) (при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
241.	Выполнено назначение/проведена терапия ритуксимабом (при недостижении пациентом 50% улучшения по критериям АКРпеди через 3 мес. или стадии неактивной болезни по критериям С. Wallace – через 6 мес. лечения тоцилизумабом, ингибиторами фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), канакинумабом в сочетании с метотрексатом или с лефлуномидом или на любом этапе лечения при повышении активности болезни (при отсутствии медицинских противопоказаний) при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
242.	Выполнено назначение/проведена терапия ритуксимабом (при развитии непереносимости тоцилизумаба, ингибиторов фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), канакинумаба на любом этапе лечения (при отсутствии медицинских противопоказаний) при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
243.	Выполнено назначение/проведена терапия ритуксимаб внутривенно в дозе 375 мг/м ² в неделю 1 раз в нед в течение 4 последовательных недель (при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
244.	Проведена врачебная комиссия (для решения вопроса о назначении ритуксимаба по жизненным показаниям, после получения информированного согласия родителей/пациентов в возрасте старше 15 лет (при отсутствии медицинских противопоказаний) (при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
245.	Выполнено назначение/проведена терапия ритуксимабом в комбинации с ко-тримоксазолом в дозе 5 мг/кг перорально 3 раза в неделю для профилактики пневмоцистной пневмонии (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
246.	Проведена немедленная отмена генно-инженерных биологических препаратов/иммунодепрессанта (в случае развития аллергической реакции любой степени выраженности) и переключение на генно-инженерные биологические препараты и/или иммунодепрессанты с другим механизмом действия (после купирования аллергической реакции, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
247.	Выполнено назначение/проведена терапия антигистаминными препаратами, глюкокортикоиды для внутривенного введения (при возникновении аллергической реакции, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний при	Да/Нет

	юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	
248.	Проведена отмена генно-инженерных биологических препаратов/иммунодепрессантов (в случае развития непереносимости любой степени выраженности) и переключение на генно-инженерные биологические препараты/иммунодепрессанты с другим механизмом действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
249.	Проведена смена терапии при недостижении стадии неактивной болезни/ремиссия вне зависимости от применяемого ГИБП не позже 6 мес лечения (отсутствие суставов с активным артритом; отсутствие лихорадки, сыпи, серозита, спленомегалии или генерализованной лимфаденопатии, типичных для ювенильного артрита; отсутствие активного увеита; нормальный показатель скорости оседания эритроцитов и/или С реактивного белка; отсутствие активности болезни по общей оценке врача (по визуальной аналоговой шкале); утренняя скованность меньше 15 минут)	Да/Нет
250.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - оториноларинголога повторный (всем пациентам с очагами хронической инфекции при контроле санации при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
251.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - стоматолога повторный (всем пациентам с очагами хронической инфекции при контроле санации при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
252.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога повторный (всем пациентам с осложненной стероидной катарактой при контроле эффективности терапии, а также решения вопроса об оперативном лечении в условиях офтальмологического стационара при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
253.	Выполнена биомикроскопия глаза (всем пациентам с осложненной стероидной катарактой) (при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
254.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога повторный (пациентам с нарушением сердечной деятельности и/или артериальной гипертензией при контроле эффективности кардиотропной и/или гипотензивной терапии при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
255.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - детского эндокринолога повторный (пациентам с эндокринологической патологией, в том числе получающих глюкокортикоиды, при контроле эффективности терапии при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
256.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - диетолога повторный (при контроле выполнения индивидуальной программы диетического питания, рекомендаций по пищевому поведению в амбулаторных	Да/Нет

	условиях при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	
257.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - невролога повторный (пациентам с неврологической симптоматикой, отставанием в психомоторном развитии, психотическими реакциями при контроле эффективности терапии при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
258.	Выполнен прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный (всем пациентам и их родителям (после завершения программы психологической реабилитации при оценке ее эффективности при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
259.	Выполнен осмотр (консультация) врача-физиотерапевта (всем пациентам с функциональной недостаточностью (после снижения активности заболевания для разработки программы физиотерапевтических процедур в рамках индивидуальной программы реабилитации при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
260.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре (всем пациентам с функциональной недостаточностью (после снижения активности заболевания для разработки программы реабилитации при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
261.	Проведена медицинская реабилитация (всем пациентам с функциональной недостаточностью (после снижения активности заболевания при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
262.	Выполнен осмотр (консультация) врача-физиотерапевта (всем пациентам с функциональной недостаточностью (после программы физиотерапевтических процедур при оценке ее эффективности при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
263.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре повторный (всем пациентам с функциональной недостаточностью (после окончания программы индивидуальной реабилитации при оценке ее эффективности при юношеском артрите с системным началом без активных системных проявлений)	Да/Нет
264.	Проведено назначение противоревматической терапии (всем пациентам после установления диагноза юношеского артрита с системным началом с гемофагоцитарным синдромом, в том числе дифференциальной диагностики, в условиях стационара ревматологического отделения, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
265.	Выполнено назначение/проведена пульс-терапия метилпреднизолоном в дозе 20–30 мг/кг/введение/дексаметазона в дозе 10–20 мг/м ² /сутки внутривенно (при отсутствии медицинских противопоказаний) (при юношеском артрите с системным началом с гемофагоцитарным синдромом)	Да/Нет

266.	Выполнено назначение/проведена терапия преднизолоном перорально в дозе 1-2 мг/кг (при отсутствии медицинских противопоказаний) (при юношеском артрите с системным началом с гемофагоцитарным синдромом)	Да/Нет
267.	Выполнено назначение/проведена терапия циклоспорином в дозе 5-7 мг/кг/сутки перорально/внутривенно (при отсутствии медицинских противопоказаний) (при юношеском артрите с системным началом с гемофагоцитарным синдромом)	Да/Нет
268.	Выполнено назначение/проведена терапия канакинумабом подкожно в дозе 4 мг/кг/введение в 1 раз в 4 недели (при отсутствии медицинских противопоказаний) (при юношеском артрите с системным началом с гемофагоцитарным синдромом)	Да/Нет
269.	Выполнено назначение/проведена терапия иммуноглобулином человека нормальным 1-2 г/кг внутривенно одномоментно (при отсутствии медицинских противопоказаний) (при юношеском артрите с системным началом с гемофагоцитарным синдромом)	Да/Нет
270.	Выполнено назначение/проведена терапия антитромботическими средствами (при наличии гиперкоагуляции и поражения эндотелия сосудов по данным коагулограммы и тромбоэластограммы при развитии коагулопатии и диссеминированного внутрисосудистого свертывания по данным коагулограммы и тромбоэластограммы), (при отсутствии медицинских противопоказаний) (при юношеском артрите с системным началом с гемофагоцитарным синдромом)	Да/Нет
271.	Выполнена трансфузия крови и/или препаратов крови (при развитии коагулопатии потребления по данным коагулограммы/тромбоэластографии; кровотечении) (при отсутствии медицинских противопоказаний) (при юношеском артрите с системным началом с гемофагоцитарным синдромом)	Да/Нет
272.	Выполнено назначение/проведена терапия антибактериальными препаратами системного действия, влияющими на грамположительную, грамотрицательную и анаэробную флору в сочетании с противогрибковыми препаратами (при развитии нейтропении среднетяжелой или тяжелой степени/острого воспалительного ответа, сопровождающегося повышением уровня прокальцитонина крови, даже без очага инфекции, подтвержденной бактериологическим и/или серологическим методом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (при юношеском артрите с системным началом с гемофагоцитарным синдромом)	Да/Нет
273.	Выполнено снижение дозы дексаметазона для внутривенного введения по схеме: 10-20 мг/м ² /сут – 1-2 нед, 5-10 мг/м ² /сут – 3-4 нед, 2,5-5 мг/м ² /сут, 5-6 нед, в дозе 1,25-2,5 мг/м ² /сут - 7-8 нед (после купирования клинических и лабораторных признаков гемофагоцитарного синдрома (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
274.	Выполнено назначение/проведена терапия ритуксимабом (при неэффективности терапии глюкокортикоидами в сочетании с циклоспорином, канакинумабом, иммуноглобулином человека нормальным (при отсутствии медицинских противопоказаний) (при	Да/Нет

	юношеском артрите с системным началом с гемофагоцитарным синдромом)	
275.	Выполнено назначение/проведена терапия ритуксимабом внутривенно в дозе 375 мг/м ² в неделю 1 раз в нед в течение 4 последовательных недель (при отсутствии медицинских противопоказаний) (при юношеском артрите с системным началом с гемофагоцитарным синдромом)	Да/Нет
276.	Выполнено назначение/проведена терапия ритуксимаб в комбинации с ко-тримоксазолом в дозе 5 мг/кг перорально 3 раза в неделю для профилактики пневмоцистной пневмонии (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (при юношеском артрите с системным началом с гемофагоцитарным синдромом)	Да/Нет
277.	Проведена врачебная комиссия (для решения вопроса о назначении ритуксимаба по жизненным показаниям, после получения информированного согласия родителей и детей в возрасте старше 15 лет, при отсутствии медицинских противопоказаний) (при юношеском артрите с системным началом с гемофагоцитарным синдромом)	Да/Нет
278.	Проведена оценка эффективности и безопасности терапии гемофагоцитарного синдрома (через 2-4 недели при решение вопроса о продолжении индукционной терапии или смены схемы лечения при юношеском артрите с системным началом с гемофагоцитарным синдромом)	Да/Нет
279.	Выполнено лечение гемофагоцитарного синдрома до достижения неактивной стадиикритерии неактивной стадии гемофагоцитарного синдрома (до достижения отсутствия лихорадки, спленомегалии, цитопении (гемоглобин ≥ 90 г/л, тромбоциты $\geq 100 \times 10^9$ /л, нейтрофилы $\geq 0,5 \times 10^9$ /л), снижение сывороточной концентрации триглицеридов < 3 ммоль/л или < 265 мг/дл, ферритина ≤ 500 μ г/л, нормализация показателей цереброспинальной жидкости (при поражении центральной нервной системы)	Да/Нет
280.	Проведена оценка эффективности терапии по критериям АКРпеди и критериям неактивной болезни/ремиссии С.Wallace(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницинировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
281.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницинировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
282.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницинировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
283.	Выполнено исследование уровня иммуноглобулинов в крови(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницинировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет

284.	Выполнено определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
285.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
286.	Выполнено исследование уровня прокальцитонина в крови(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
287.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при исключении сепсиса при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
288.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (при исключении сепсиса при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
289.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (при исключении сепсиса при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
290.	Выполнено исследование уровня прокальцитонина в крови (при исключении сепсиса при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
291.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность (при исключении сепсиса при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
292.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (при исключении сепсиса при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
293.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены с применением автоматизированного посева (при исключении сепсиса при контрольном обследовании	Да/Нет

	пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	
294.	Выполнена тромбозастиграфия для исключения сепсиса (при исключении сепсиса при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
295.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при исключении сепсиса при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
296.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при исключении сепсиса при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
297.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при исключении сепсиса при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
298.	Выполнена магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при исключении сепсиса при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
299.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (активность антитромбина III; уровень пламиногена и фибриногена, концентрация Д-димера, уровень растворимых фибринмономерных комплексов в крови, протромбиновое (тромбопластиновое) время в крови или в плазме, активированное частичное тромбопластиновое время, тромбиновое время в крови, фактор фон Виллебранда в крови) (пациентам с сепсисом, гемофагоцитарным синдромом при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
300.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет

301.	Выполнено иммунофенотипирование периферической крови для выявления субпопуляционного состава лимфоцитов (основных) всем пациентам, получающим ритуксимаб, а также пациентам, часто болеющим вирусными, гнойными бактериальными инфекциями, в том числе оппортунистическими инфекциями(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
302.	Выполнена очаговая проба с туберкулином или внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
303.	Выполнено исследование уровня интерферона-гамма на антигены <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> в крови(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
304.	Выполнено определение антител к сальмонелле кишечной (<i>Salmonella enterica</i>) в крови(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
305.	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза (<i>Yersinia pseudotuberculosis</i>) в крови(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
306.	Выполнено определение антител классов А, М, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии птичьей (<i>Chlamydia psitaci</i>) в крови(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
307.	Выполнено определение антител класса М (IgM) к хламидии трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>) в крови(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
308.	Выполнено определение антител класса G (IgG) к хламидии трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>) в крови(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
309.	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к микоплазме пневмонии (<i>Mycoplasma pneumoniae</i>) в крови(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет

310.	Выполнено определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein - Barr virus) методом ПЦР в периферической и пуповинной крови, количественное исследование(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
311.	Выполнено определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) методом ПЦР в периферической и пуповинной крови, количественное исследование(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
312.	Выполнено определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) методом ПЦР в слюне, количественное исследование(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
313.	Выполнено определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) в моче методом ПЦР, количественное исследование(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
314.	Выполнено определение ДНК простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) методом ПЦР в крови, количественное исследование(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
315.	Выполнено определение антител класса М, G к Pneumocystis jirovecii (при выявлении интерстициальных и/или очаговых, и/или инфильтративных изменений в легких по данным компьютерной томографии органов грудной полости при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
316.	Выполнено определение ДНК Pneumocystis jirovecii в мокроте, эндотрахеальном аспирате, бронхоальвеолярной лаважной жидкости методом ПЦР, количественное исследование (при выявлении интерстициальных и/или очаговых, и/или инфильтративных изменений в легких по данным компьютерной томографии органов грудной полости при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
317.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование слизи с миндалин и с задней стенки глотки на аэробные и факультативно анаэробные микроорганизмы(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях	Да/Нет

	стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	
318.	Выполнена эхокардиография(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
319.	Выполнена регистрация электрокардиограммы(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
320.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
321.	Выполнено суточное мониторирование артериального давления пациентам с артериальной гипертензией(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
322.	Выполнено комплексное УЗИ внутренних органов(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
323.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без анестезиологического пособия) (при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
324.	Выполнена биопсия желудка с помощью эндоскопии (с применением анестезиологического пособия при проведении эзофагогастродуоденоскопии при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
325.	Выполнена биопсия двенадцатиперстной кишки с помощью эндоскопии (с применением анестезиологического пособия при проведении эзофагогастродуоденоскопии при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
326.	Выполнено микроскопическое исследование материала желудка на хеликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i> при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет

327.	Выполнена рентгенография и/или компьютерная томография пораженных суставов (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без анестезиологического пособия) (при наличии суставного синдрома при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
328.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с (с применением анестезиологического пособия при невозможности проведения исследования без анестезиологического пособия) (при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
329.	Выполнена рентгеноденситометрия (пациентам, получающим или получавших глюкокортикоиды при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
330.	Выполнена магнитно-резонансная томография пораженных суставов (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без анестезиологического пособия) (при наличии суставного синдрома при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
331.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - оториноларинголога первичный(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
332.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского стоматолога первичный(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
333.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
334.	Выполнена биомикроскопия глаза(при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
335.	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный (с нарушением сердечной деятельности и/или артериальной гипертензией при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет

336.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача- фтизиатра первичный (всем пациентам с положительными результатами очаговой пробы с туберкулином и/или повышенным уровнем интерферона-гамма на антигены <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> в крови и/или очаговыми, инфильтративными изменениями в легких при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницинировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
337.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога первичный (пациентам с эндокринологической патологией при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницинировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
338.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - диетолога первичный (пациентам с дефицитом массы тела, амиотрофией, остеопенией/остеопорозом, конституциональным ожирением и синдромом Кушинга, стероидным диабетом при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницинировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
339.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-ортопеда-травматолога первичный (пациентам с функциональной недостаточностью суставов, нарушением роста костей в длину, подвывихах, болью в спине при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницинировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
340.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (пациентам с неврологической симптоматикой, отставанием в психомоторном развитии, психотическими реакциями при решения вопроса о проведении терапии при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницинировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
341.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный (пациентам с неврологической симптоматикой, отставанием в психомоторном развитии, психотическими реакциями) при оценке эффективности терапии при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницинировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
342.	Выполнен прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный (всем пациентам с возраста 1 года и их родителям при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницинировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
343.	Выполнен осмотр (консультация) врача-физиотерапевта (пациентам с функциональной недостаточностью при контрольном обследовании	Да/Нет

	пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	
344.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре (пациентам с функциональной недостаточностью при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
345.	Проведено назначение индивидуальной программы медицинской реабилитации (всем пациентам с функциональной недостаточностью при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
346.	Выполнен осмотр (консультация) врача-физиотерапевта (пациентам после программы физиотерапевтических процедур при оценке ее эффективности при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
347.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре повторный (всем пациентам с функциональной недостаточностью после окончания программы реабилитации при оценке ее эффективности при контрольном обследовании пациентов с юношеским артритом с системным началом в условиях стационара/дневного стационара, иницировавшего назначение ГИБП/иммунодепрессанта)	Да/Нет
348.	Проведена коррекция противоревматической терапии в ревматологическом отделении стационара, инициировавшего лечение генно-инженерными биологическими препаратами и/или иммунодепрессантом, при недостижении 50% улучшения по критериям АКРпеди через 3 мес, стадии неактивной болезни через 6 мес, ремиссии – через 12 мес и далее каждые 6 мес (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
349.	Проведена коррекция противоревматической терапии в ревматологическом отделении стационара, инициировавшего лечение генно-инженерными биологическими препаратами и/или иммунодепрессантом, при развитии нежелательных явлений генно-инженерных биологических препаратов и/или иммунодепрессанта на любом этапе лечения (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
350.	Проведена отмена генно-инженерных биологических препаратов и/или иммунодепрессанта (при развитии аллергической реакции пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
351.	Выполнена консультация врача-ревматолога стационара, в том числе дистанционная (при развитии аллергической реакции на генно-инженерные биологические препараты или иммунодепрессант пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся	Да/Нет

	на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	
352.	Выполнена отмена генно-инженерных биологических препаратов и/или иммунодепрессанта (при появлении признаков инфекционного осложнения пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
353.	Выполнена консультация врача-ревматолога стационара, в том числе дистанционная (при появлении признаков инфекционного осложнения при диспансерном наблюдении пациентов с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
354.	Проведена отмена генно-инженерных биологических препаратов и/или иммунодепрессанта (при подозрении/развитии пневмонии пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
355.	Проведена консультация врача-ревматолога стационара, в том числе дистанционная (при подозрении/развитии пневмонии при диспансерном наблюдении пациентов с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
356.	Выполнена отмена генно-инженерных биологических препаратов и/или иммунодепрессанта (при развитии герпетической инфекции пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
357.	Выполнено исследование уровня иммуноглобулинов в крови (не реже 1 раза в 3 мес пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
358.	Выполнена отмена генно-инженерных биологических препаратов и/или иммунодепрессанта (при снижении уровня иммуноглобулинов крови пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
359.	Проведена отмена ингибитора фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) (при повышении содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК в сыворотке крови пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
360.	Выполнена очаговая проба с туберкулином или внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном (не реже 1 раза в 6 мес пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
361.	Выполнена отмена метотрексата (при появлении гематурии пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
362.	Выполнена отмена генно-инженерных биологических препаратов и/или иммунодепрессанта (при развитии любых признаков непереносимости пациентам с юношеским артритом с системным	Да/Нет

	началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	
363.	Выполнена консультация врача-ревматолога стационара, в том числе дистанционная (при развитии любых признаков непереносимости иммунодепрессанта и/или генно-инженерных биологических препаратов при диспансерном наблюдении пациентов с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
364.	Выполнена консультация врача-ревматолога ревматологического отделения для решения вопроса о возможности продолжения лечения генно-инженерными биологическими препаратами и/или иммунодепрессантом (пациентов с положительной внутривенной пробой с туберкулином), (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (пациентов с юношеским артритом с системным началом, находящихся на диспансерном наблюдении)	Да/Нет
365.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра повторный для контроля /коррекции химиотерапии/химиопрофилактики (пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
366.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога (контроль/коррекция индивидуальной программы, рекомендованной врачом-детским эндокринологом стационара, пациентам с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
367.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-ортопеда травматолога первичный (пациентов с функциональной недостаточностью, нарушением роста костей в длину, подвывихами, болью в спине, в течение 2-х нед после выписки из стационара пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
368.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда (выявление функциональных нарушений и контроля проведения ортопедической коррекции не реже 1 раза в 3 мес, пациентам с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
369.	Выполнен прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный для разработки программы психологической реабилитации для пациента (в течение 2-х нед после выписки из стационара) и его родителей (пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
370.	Выполнен прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный (после завершения программы психологической реабилитации - для оценки ее эффективности пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
371.	Выполнен прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный в рамках диспансерного наблюдения (тестирование психологического состояния пациентов и их родителей)	Да/Нет

	не реже 1 раза в 3 мес , пациентам с юношеским артритом с системным началом)	
372.	Проведена индивидуальная программа реабилитации(пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
373.	Выполнен осмотр (консультация) врача-физиотерапевта (контроль эффективности индивидуальной программы реабилитации пациентам с юношеским артритом с системным началом, находящимся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических условиях)	Да/Нет
374.	Не выполнена иммунизация живыми и живыми ослабленными вакцинами (пациентов с юношеским артритом с системным началом, получающих генно-инженерные биологические препараты)	Да/Нет
375.	Выполнена очаговая проба с туберкулином (пациентам с юношеским артритом с системным началом перед назначением (или сменой) иммунодепрессанта и/или генно-инженерных биологических препаратов)	Да/Нет
376.	Выполнено исследование уровня интерферона-гамма на антигены <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> в крови (пациентам с юношеским артритом с системным началом перед назначением (или сменой) иммунодепрессанта и/или генно-инженерных биологических препаратов)	Да/Нет
377.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (пациентам с юношеским артритом с системным началом перед назначением (или сменой) иммунодепрессанта и/или генно-инженерных биологических препаратов)	Да/Нет
378.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный (при выявлении положительной очаговой пробы с туберкулином (папула > 5 мм) и/или повышенным уровнем интерферона-гамма, и/или очага в легких у пациентов с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
379.	Проведено назначение специфической противотуберкулезной химиотерапии (при выявлении положительной очаговой пробы с туберкулином (папула > 5 мм) и/или повышенным уровнем интерферона-гамма, и/или очага в легких у пациентов с юношеским артритом с системным началом, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
380.	Проведено назначение глюкокортикоидов перорально (в специализированном ревматологическом стационаре, на время проведения специфической химиотерапии при обострении юношеского артрита с системным началом, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
381.	Проведено назначение или смена иммунодепрессанта и/или генно-инженерных биологических препаратов (у пациентов с юношеским артритом с системным началом после завершения курса специфической химиотерапии и разрешения врача-фтизиатра, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

382.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный (при выявлении туберкулезной инфекции без очага у пациентов с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
383.	Проведено назначение специфической противотуберкулезной химиотерапии (при выявлении туберкулезной инфекции без очага у пациентов с юношеским артритом с системным началом) в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
384.	Выполнено назначение/смена ГИБП после завершения курса специфической химиотерапии и консультации врача-фтизиатра	Да/Нет
385.	Проведено немедленное прекращение введения генно-инженерных биологических препаратов (у пациентов с юношеским артритом с системным началом в случае развития аллергической реакции любой степени выраженности)	Да/Нет
386.	Проведено назначение антигистаминных препаратов, глюкокортикоидов (у пациентов с юношеским артритом с системным началом при возникновении аллергической реакции на введение генно-инженерных биологических препаратов, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
387.	Проведена немедленная отмена генно-инженерных биологических препаратов (на который возникла аллергическая реакция любой степени выраженности у пациентов с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
388.	Проведено переключение на другой генно-инженерный биологический препарат врачом-ревматологом стационара, инициировавшего его назначение (у пациентов с юношеским артритом с системным началом, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
389.	Проведена отмена иммунодепрессанта (у пациентов с юношеским артритом с системным началом при развитии аллергической реакции /непереносимости любой степени выраженности)	Да/Нет
390.	Проведено переключение на другой иммунодепрессант в условиях стационара, инициировавшего его назначение (у пациентов с юношеским артритом с системным началом, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
391.	Проведена отмена иммунодепрессанта и/или генно-инженерных биологических препаратов (при снижении абсолютного числа нейтрофилов $<1,0 \times 10^9/\text{л}$ и/или числа тромбоцитов $<100 \times 10^9/\text{л}$) (у пациентов с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
392.	Проведено назначение колониестимулирующего фактора филграстима в дозе 5–10 мкг/кг/сутки подкожно в течение 3–5 дней, при необходимости — дольше (при снижении уровня лейкоцитов с абсолютным числом нейтрофилов $\leq 1,0 \times 10^9/\text{л}$) (у пациентов с юношеским артритом с системным началом, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
393.	Проведено назначение гранулоцитарного колониестимулирующего фактора филграстима 5–10 мкг/кг/сутки подкожно в течение 3–5 дней	Да/Нет

	(при необходимости — дольше) в сочетании с антибиотиками широкого спектра действия внутривенно (при фебрильной нейтропении (нейтропения, сопровождающаяся лихорадкой) с абсолютным числом нейтрофилов $< 1,0 \times 10^9/\text{л}$ (у пациентов с юношеским артритом с системным началом, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
394.	Проведено назначение иммунодепрессанта и/или генно-инженерного биологического препарата (у пациентов с юношеским артритом с системным началом при нормализации показателей клинического анализа крови, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
395.	Проведена коррекция терапии генно-инженерными биологическими препаратами и/или иммунодепрессантом (у пациентов с юношеским артритом с системным началом при повторных эпизодах развития лейкопении или тромбоцитопении, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
396.	Проведена отмена иммунодепрессанта и/или генно-инженерных биологических препаратов (при повышении уровня аланинаминотрансферазы и/или аспартатаминотрансферазы в сыворотке крови $\geq 1,5$ раза и/или других биохимических показателей выше верхней границы нормы у пациентов с юношеским артритом с системным началом)	Да/Нет
397.	Проведено назначение иммунодепрессанта и/или генно-инженерного биологического препарата (при нормализации показателей анализа крови биохимического общетерапевтического у пациентов с юношеским артритом с системным началом, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
398.	Проведена коррекция терапии генно-инженерными биологическими препаратами и/или иммунодепрессантом (при повторных эпизодах повышения показателей анализа крови биохимического общетерапевтического у пациентов с юношеским артритом с системным началом, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
399.	Выполнена отмена иммунодепрессанта и/или генно-инженерных биологических препаратов (у пациентов с юношеским артритом с системным началом при развитии инфекций, до ее устранения)	Да/Нет
400.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом при диагностике пневмонии)	Да/Нет
401.	Выполнена бронхоскопия (с применением анестезиологического пособия) (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом при диагностике пневмонии)	Да/Нет
402.	Выполнено определение ДНК <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> (<i>M. tuberculosis</i> , <i>M. bovis</i> , <i>M. bovis</i> BCG) с дифференциацией вида в мокроте, бронхоальвеолярной лаважной жидкости или промывных	Да/Нет

	водах бронхов методом ПЦР (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом при диагностике пневмонии)	
403.	Выполнено определение ДНК <i>Pneumocystis jirovecii</i> в мокроте, эндотрахеальном аспирате, бронхоальвеолярной лаважной жидкости методом ПЦР, количественное исследование (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом при диагностике пневмонии)	Да/Нет
404.	Выполнено определение ДНК <i>Mycoplasma pneumoniae</i> в бронхоальвеолярной лаважной жидкости методом ПЦР (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом при диагностике пневмонии)	Да/Нет
405.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование бронхоальвеолярной лаважной жидкости на цисты пневмоцист (<i>Pneumocystis carinii</i>) (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом при диагностике пневмонии)	Да/Нет
406.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование бронхоальвеолярной лаважной жидкости на грибы (дрожжевые и мицелиальные) (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом при диагностике пневмонии)	Да/Нет
407.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование лаважной жидкости на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом при диагностике пневмонии)	Да/Нет
408.	Выполнено определение антител к грибам рода аспергиллы (<i>Aspergillus</i> spp.) в крови (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом при диагностике пневмонии)	Да/Нет
409.	Проведено назначение эмпирической антибактериальной терапии котримоксазолом в комбинации с антибактериальными препаратами системного действия, влияющей на грамположительную, грамотрицательную и анаэробную флору в сочетании с противогрибковыми препаратами системного действия (до выявления этиологического фактора интерстициальной пневмонии у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
410.	Проведено назначение глюкокортикоидов внутривенно и котримоксазол в дозе 3,75-5,0 мг/кг/массы тела/введение (по триметоприму) внутривенно каждые 6 часов (при развитии пневмоцистной пневмонии, у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
411.	Проведена немедленная отмена генно-инженерных биологических препаратов и/или иммунодепрессанта (при подозрении/развитии интерстициальной пневмонии у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом)	Да/Нет
412.	Проведено назначение генно-инженерных биологических препаратов и/или иммунодепрессанта (не раньше, чем через 1 неделю после	Да/Нет

	полного купирования пневмонии по данным лабораторных исследований, контрольной компьютерной томографии органов грудной полости) и окончания антибактериальной терапии, по показаниям у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
413.	Проведено назначение антибактериальных препаратов системного действия, влияющих на грамположительную, грамотрицательную и анаэробную флору и противогрибковых препаратов системного действия (при развитии очаговой или долевой пневмонии у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
414.	Проведена немедленная отмена генно-инженерных биологических препаратов и иммунодепрессанта (у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом при подозрении или развитии пневмонии)	Да/Нет
415.	Проведено назначение генно-инженерных биологических препаратов и/или иммунодепрессанта (не раньше, чем через 1 неделю после полного купирования пневмонии по данным лабораторных исследований, контрольной компьютерной томографии органов грудной полости) и окончания антибактериальной терапии по показаниям у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
416.	Выполнено определение ДНК простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) методом ПЦР в крови, количественное исследование (у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом)	Да/Нет
417.	Выполнено определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) методом ПЦР в периферической и пуповинной крови, количественное исследование (у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом)	Да/Нет
418.	Выполнено определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein - Barr virus) методом ПЦР в периферической и пуповинной крови, количественное исследование (у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом)	Да/Нет
419.	Проведено назначение ацикловира 20 мг/кг/сутки перорально в 4 приема (5 мг/кг/прием) не более 400 мг/сутки (при развитии локальной герпетической инфекции у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
420.	Проведено назначение ацикловира 5-10 мг/кг/введение внутривенно каждые 8 часов или ганцикловир 5 мг/кг/введение внутривенно каждые 12 часов в течение 14-21 дня в сочетании с иммуноглобулином человека нормальным в дозе 400 мг/кг/курс (при активной герпетической, цитомегаловирусной, Эпштейна-Барр вирусной инфекции у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит	Да/Нет

	с системным началом, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
421.	Проведена отмена генно-инженерных биологических препаратов и/или иммунодепрессанта (у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом при развитии инфекции, вызванной герпес-вирусами)	Да/Нет
422.	Проведено назначение генно-инженерных биологических препаратов и/или иммунодепрессанта не раньше, чем через 1 неделю после полного купирования вирусной инфекции и окончания противовирусной терапии (у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
423.	Проведено назначение иммуноглобулина человека нормального в дозе 400 мг/кг (при снижении уровня иммуноглобулинов крови у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, получающих ритуксимаб, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
424.	Проведен пропуск плановой инфузии ритуксимаба с продолжением лечения иммунодепрессантом и ранее назначенным глюкокортикоидом (при снижении уровня иммуноглобулинов крови у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
425.	Проведено возобновление лечения ритуксимабом (после восстановления уровня иммуноглобулинов крови у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
426.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при диагностике сепсиса у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом)	Да/Нет
427.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (при диагностике сепсиса у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом)	Да/Нет
428.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (при диагностике сепсиса у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом)	Да/Нет
429.	Выполнено исследование уровня прокальцитонина в крови (при диагностике сепсиса у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом)	Да/Нет
430.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность (при диагностике сепсиса у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом)	Да/Нет
431.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (при диагностике сепсиса у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом)	Да/Нет

432.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены с применением автоматизированного посева (при диагностике сепсиса у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом)	Да/Нет
433.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при диагностике сепсиса у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом)	Да/Нет
434.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при диагностике сепсиса у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом)	Да/Нет
435.	Выполнено ультразвуковое исследование почек для выявления сепсиса	Да/Нет
436.	Выполнена эхокардиография (при диагностике сепсиса у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом)	Да/Нет
437.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при диагностике сепсиса у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом)	Да/Нет
438.	Выполнена магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при диагностике сепсиса у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом)	Да/Нет
439.	Выполнена магнитно-резонансная томография малого таза с применением ректального датчика (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (при диагностике сепсиса у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом)	Да/Нет
440.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (активность антитромбина III; уровень пламиногена и фибриногена, концентрация Д-димера, уровень растворимых фибринмономерных комплексов в крови, протромбиновое (тромбопластиновое) (у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом)	Да/Нет
441.	Выполнена тромбоэластография (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом с сепсисом, признаками тромбоза и гипокоагуляции)	Да/Нет
442.	Проведено назначение антитромботических средств (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом при развитии ДВС синдрома, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
443.	Проведено назначение трансфузии крови и препаратов крови (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом при развитии коагулопатии потребления, кровотечения, в зависимости от медицинских показаний)	Да/Нет

444.	Проведено назначение эмпирически антибактериальных препаратов системного действия, влияющие на грамположительную, грамотрицательную и анаэробную флору (в дальнейшем – по чувствительности микроорганизмов) в сочетании с противогрибковыми препаратами системного действия и иммуноглобулином человека нормальным (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, при развитии инфекционных осложнений и сепсиса, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
445.	Проведено назначение генно-инженерных биологических препаратов и иммунодепрессанта (не раньше, чем через 1 неделю после полного купирования клинических и лабораторных признаков сепсиса и окончания антибактериальной терапии (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
446.	Проведена отмена генно-инженерных биологических препаратов/иммунодепрессанта (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, при развитии непереносимости на любом этапе лечения)	Да/Нет
447.	Проведено назначение препаратов для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (при выявлении рефлюксной болезни и/или воспалительной гастропатии, эрозивных и/или язвенных процессов в пищеводе и/или желудке, и/или 12-перстной кишки по данным эзофагогастроскопии у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, в зависимости от медицинских показаний)	Да/Нет
448.	Проведено назначение эрадикационной терапии (при выявлении <i>Helicobacter pylori</i> у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
449.	Проведена отмена генно-инженерных биологических препаратов и/или иммунодепрессанта (на время проведения эрадикационной терапии у пациентов с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом)	Да/Нет
450.	Выполнена рентгеноденситометрия (всем пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, получающим или получавшим глюкокортикоиды)	Да/Нет
451.	Проведено назначение бифосфонатов в сочетании с препаратами кальция и витамином D и его аналогами (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом при наличии остеопроза, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
452.	Проведена немедленная отмена иммунодепрессанта и/или генно-инженерных биологических препаратов (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом при подозрении на	Да/Нет

	развитие онкологического/онко-гематологического/лимфопролиферативного заболевания).	
453.	Получен цитологический препарат костного мозга путем пункции с применением анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение) (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, получающим иммунодепрессант и/или ГИБП, с нетипичным течением болезни при исключении онкологических/онко-гематологических/лимфопролиферативных заболеваний/метастатического поражения костного мозга)	Да/Нет
454.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, получающим иммунодепрессант и/или ГИБП, с нетипичным течением болезни при исключении онкологических/онко-гематологических/лимфопролиферативных заболеваний/метастатического поражения костного мозга)	Да/Нет
455.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, получающим иммунодепрессант и/или ГИБП, с нетипичным течением болезни при исключении онкологических/онко-гематологических/лимфопролиферативных заболеваний/метастатического поражения костного мозга).	Да/Нет
456.	Выполнена биопсия лимфатического узла (периферического, по показаниям — внутрибрюшного, внутригрудного) (с применением анестезиологического пособия) (включая раннее послеоперационное ведение) (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, получающим иммунодепрессант и/или генно-инженерные биологические препараты с нетипичным течением болезни с выраженным увеличением размеров периферических и/или внутригрудных, и/или внутрибрюшных лимфатических узлов)	Да/Нет
457.	Выполнено цитологическое исследование препарата тканей лимфоузла (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, получающим иммунодепрессант и/или ГИБП с нетипичным течением болезни с выраженным увеличением размеров периферических и/или внутригрудных, и/или внутрибрюшных лимфатических узлов)	Да/Нет
458.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, получающим иммунодепрессант и/или ГИБП с нетипичным течением болезни с выраженным увеличением размеров периферических и/или внутригрудных, и/или внутрибрюшных лимфатических узлов)	Да/Нет
459.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, получающим иммунодепрессант и/или генно-	Да/Нет

	инженерные биологические препараты с нетипичным течением болезни при исключении метастазов в легких/поражения органов средостения при онкологических/онко-гематологических/лимфопролиферативных заболеваниях)	
460.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом при исключении онкологических/онко-гематологических/ лимфопролиферативных заболеваний)	Да/Нет
461.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом при исключении онкологических/онко-гематологических/ лимфопролиферативных заболеваний)	Да/Нет
462.	Выполнена магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом при исключении онкологических/онко-гематологических/ лимфопролиферативных заболеваний)	Да/Нет
463.	Выполнена магнитно-резонансная томография малого таза с применением ректального датчика (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом при исключении онкологических/онко-гематологических/ лимфопролиферативных заболеваний)	Да/Нет
464.	Выполнена позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с туморотропными РФП с контрастированием и/или позитронная эмиссионная томография всего тела с туморотропными РФП (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без применения анестезиологического пособия) (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, получающим иммунодепрессант и/или генно-инженерные биологические препараты, с выраженной артралгией, миалгией, осалгией, деструктивными изменениями в костях, инфильтратами в подкожно-жировой клетчатке, очагами в паренхиматозных органах, головном мозге, спинном мозге)	Да/Нет
465.	Выполнена сцинтиграфия полипозиционная костей (с применением анестезиологического пособия при невозможности выполнения исследования без анестезиологического пособия) (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, получающим, иммунодепрессант и/или генно-инженерные биологические препараты, с очагами деструкции в костях, нетипичными для юношеского артрита с системным началом)	Да/Нет

466.	Выполнена трепанбиопсия костей таза под контролем компьютерной томографии (с применением анестезиологического пособия) (включая раннее послеоперационное ведение) пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, получающим иммунодепрессант и/или ГИБП с нетипичным течением болезни)	Да/Нет
467.	Выполнена патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, получающим иммунодепрессант и/или ГИБП с нетипичным течением болезни)	Да/Нет
468.	Выполнено цитологическое исследование отпечатков трепанбиоптата костного мозга (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, получающим иммунодепрессант и/или ГИБП с нетипичным течением болезни)	Да/Нет
469.	Выполнено иммуноцитохимическое исследование отпечатков трепанбиоптата костного мозга (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, получающим иммунодепрессант и/или ГИБП с нетипичным течением болезни)	Да/Нет
470.	Выполнено иммунофенотипирование гемопоэтических клеток-предшественниц в костном мозге (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, получающим иммунодепрессант и/или ГИБП с нетипичным течением болезни)	Да/Нет
471.	Выполнена биопсия кости (с применением анестезиологического пособия) (включая раннее послеоперационное ведение) (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, получающим иммунодепрессант и/или генно-инженерные биологические препараты, с очагами деструкции в костях, не типичными для системного юношеского артрита)	Да/Нет
472.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костной ткани (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, получающим иммунодепрессант и/или генно-инженерные биологические препараты, с очагами деструкции в костях, не типичными для системного юношеского артрита)	Да/Нет
473.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гематолога первичный (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, у которых по результатам обследования заподозрено или выявлено онкологическое или онкогематологическое, или лимфопролиферативное заболевание, либо метастатическое поражение)	Да/Нет
474.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского онколога первичный (пациентам с установленным диагнозом юношеский артрит с системным началом, у которых по результатам обследования заподозрено или выявлено онкологическое или онкогематологическое, или лимфопролиферативное заболевание, либо метастатическое поражение)	Да/Нет

3.14. Критерии оценки качества при болезнях мочеполовой системы

3.14.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при миоме матки (коды по МКБ - 10: D25, D26, O34.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1	Выполнено патологоанатомическое исследование миоматозного узла (при установлении диагноза)	Да/Нет
2	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза (комплексное) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3	Пациентка направлена на хирургическое лечение в соответствии с показаниями (при установленном диагнозе)	Да/Нет
4	Назначена лекарственная терапия дисменореи (при установлении дисменореи)	Да/Нет
5	Назначено лечение аномального маточного кровотечения (при установлении аномального маточного кровотечения)	Да/Нет

3.14.2.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при миоме матки (коды по МКБ - 10: D25, D26, O34.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1	Выполнено хирургическое вмешательство	Да/Нет
2	Выполнено патологоанатомическое исследование миоматозного узла	Да/Нет
3	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза (комплексное)	Да/Нет
4	Назначена лекарственная терапия дисменореи (при установлении дисменореи)	Да/Нет
5	Назначено лечение аномального маточного кровотечения (при установлении аномального маточного кровотечения)	Да/Нет

3.14.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при доброкачественном новообразовании яичника, невоспалительных болезнях яичника, маточной трубы и широкой связки матки (коды по МКБ-10: D27; N83.0; N83.1; N83.2; N83.4; N83.5; N83.6; N83.7; N83.8; N83.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом акушером-гинекологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при симптомах острого живота)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при симптомах острого живота)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при симптомах острого живота)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при симптомах острого живота)	Да/Нет
5.	Проведена профилактика инфекционных осложнений	Да/Нет

	антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	
6.	Проведена консервативная терапия и/или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
8.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
9.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.14.3.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при синдроме поликистозных яичников (коды по МКБ - 10: E28.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня свободного тестостерона в крови	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня глобулина, связывающего половые гормоны, в крови	Да/Нет
3.	Выполнен подсчет индекса свободных андрогенов	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза	Да/Нет
5.	Выполнено измерения роста	Да/Нет
6.	Выполнено измерение массы тела	Да/Нет
7.	Выполнено вычисление индекса массы тела	Да/Нет
8.	Выполнено полисомнографическое исследование (при наличии симптомов, характерных для синдрома обструктивного апноэ сна, у пациенток с избыточным весом и ожирением)	Да/Нет
9.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях (при каждом визите)	Да/Нет
10.	Выполнено определение окружности талии (при каждом визите у больных с избыточной массой тела и ожирением)	Да/Нет
11.	Выполнена регистрация индекса массы тела (при каждом визите)	Да/Нет
12.	Выполнен скрининг на наличие тревожно-депрессивных расстройств	Да/Нет
13.	Назначены комбинированные гормональные пероральные контрацептивы (прогестагены и эстрогены) (при нарушениях менструального цикла, гирсутизме и акне в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
14.	Назначен комплекс мероприятий по модификации образа жизни (рациональное питание/увеличение физической активности) (при наличии ожирения и избыточной массы тела)	Да/Нет
15.	Назначен кломифен (в качестве терапии первой линии для лечения ановуляторного бесплодия при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16.	Проведена стимуляция овуляции гонадотропинами или назначена лапароскопия (при отсутствии медицинских противопоказаний) (в качестве 2-й линии терапии, при неэффективности кломифена или отсутствии условий для его применения)	Да/Нет

3.14.3.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при синдроме поликистозных яичников (коды по МКБ - 10: E28.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза	Да/Нет
2.	Проведена стимуляция овуляции гонадотропинами или лапароскопия (при отсутствии медицинских противопоказаний), (в качестве 2-й линии терапии, при неэффективности кломифена или отсутствии условий для его применения)	Да/Нет

3.14.3. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при нефротическом и нефритическом синдромах (коды по МКБ-10: N00; N01; N03; N04; N05)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-нефрологом	Да/Нет
2.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнено определение водного баланса	Да/Нет
5.	Выполнено определение белка в суточной моче	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевины, мочевая кислота, общий белок, альбумин, холестерин, липопротеины высокой плотности, липопротеины низкой плотности, триглицериды, калий, натрий)	Да/Нет
7.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации	Да/Нет
8.	Выполнена биопсия почки (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнена микроскопия препарата тканей почки и/или иммуноморфологическое исследование тканей почки и/или цитологическое исследование препарата тканей почки и/или гистологическое исследование препарата тканей почки и/или гистохимическое исследование препарата тканей почки (при биопсии почки)	Да/Нет
10.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы системные глюкокортикостероиды и/или иммунодепрессантами и/или ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или алкилирующими и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.14.4. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при рецидивирующей и устойчивой гематурии (коды по МКБ - 10: N02)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врача-нефролога	Да/Нет
2.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет

3.	Выполнено микроскопическое исследование осадка мочи (исследование морфологии эритроцитов в моче с определением процента дисморфных форм)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня экскреции солей в моче	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевина, мочевая кислота, общий белок)	Да/Нет
7.	Выполнено определение антистрептолизина-О в сыворотке крови (при доле дисморфных эритроцитов более 50% в моче)	Да/Нет
8.	Выполнено определение уровня С3-компонента комплемента (при доле дисморфных эритроцитов более 50% в моче)	Да/Нет
9.	Выполнено определение международного нормализованного отношения (при доле дисморфных эритроцитов более 50% в моче)	Да/Нет
10.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей и/или обзорная урография (рентгенография мочевыделительной системы) и/или компьютерная томография почек и мочевыводящих путей с контрастированием	Да/Нет

3.14.5. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при туболоинтерстициальном нефрите (коды по МКБ-10: N10; N11)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен анализ мочи общий не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, глюкоза)	Да/Нет
6.	Начата терапия антибактериальными лекарственными препаратами не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый повторно не позднее 120 часов от момента начала терапии антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет
8.	Выполнен анализ мочи общий повторно не позднее 120 часов от момента начала терапии антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет

9.	Достигнута нормализация уровня лейкоцитов в моче на момент выписки из стационара	Да/Нет
10.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.14.6.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при инфекции мочевыводящих путей (коды по МКБ - 10: N10, N11, N13.6, N30.0, N30.1, N39.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевина), (у детей с инфекцией мочевыводящих путей при обострении, рецидивирующем течении, с осложненными формами (в т.ч., при пиелонефрите), с выраженными изменениями по данным ультразвукового исследования, в случае применения групп нефротоксичных лекарственных препаратов (например, аминогликозидов или полимиксинов))	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование почек не позднее 24 часов от момента обращения	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование мочевыводящих путей не позднее 24 часов от момента обращения	Да/Нет
7.	Назначена терапия антибактериальными препаратами системного действия (при наличии лейкоцитурii, при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

3.14.6.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при инфекции мочевыводящих путей (коды по МКБ - 10: N10, N11, N13.6, N30.0, N30.1, N39.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевина), (у детей с инфекцией мочевыводящих путей при обострении, рецидивирующем течении, с осложненными формами (в т.ч., при пиелонефрите), с выраженными изменениями по данным ультразвукового исследования, в случае применения групп нефротоксичных лекарственных препаратов (например, аминогликозидов или полимиксинов))	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование почек не позднее 24 часов от момента обращения	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование мочевыводящих путей не позднее 24 часов от момента обращения	Да/Нет
5.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы (до начала антибактериальной терапии)	Да/Нет

6.	Выполнено определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам (до начала антибактериальной терапии)	Да/Нет
7.	Проведена терапия антибактериальными препаратами системного действия (при наличии лейкоцитурии, при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

3.14.7. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гидронефрозе (коды по МКБ-10: N13.0; N13.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленных тканей	Да/Нет
3.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
4.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.14.8. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при остром почечном повреждении (коды по МКБ - 10: N17.0 - N17.2; N 17.8 - N17.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-нефрологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при наличии диуреза)	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня креатинина, мочевины, калия, натрия в крови, исследование концентрации водородных ионов (рН) крови, исследование уровня лактата в крови) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
5.	Выполнен биохимический анализ мочи с определением осмолярности, осмотического концентрационного индекса (отношения осмолярности мочи к осмолярности плазмы крови), концентрационного индекса креатинина (отношения креатинина мочи к креатинину плазмы крови), относительной плотности мочи, концентрации в моче натрия, фракционной экскреции натрия	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнено определение нейтрофильного желатиназо-ассоциированного липокалина в крови и моче	Да/Нет

8.	Выполнена ультразвуковая доплерография сосудов почек не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
9.	Выполнена биоимпедансметрия и/или измерение центрального венозного давления и/или прицельная рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
10.	Выполнена консультация врача-уролога (врача-детского уролога-андролога) не позднее 1 часа от момента установления диагноза (при постренальной форме острого почечного повреждения)	Да/Нет
11.	Выполнено определение объема мочи в течение 12 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
12.	Выполнена оценка темпа диуреза за 6 часов	Да/Нет
13.	Достигнуто восстановление пассажа мочи не позднее 12 часов от момента поступления в стационар (при постренальной форме острого почечного повреждения)	Да/Нет
14.	Выполнено контрольное исследование уровня креатинина в крови не позднее 24 часов от первого исследования	Да/Нет
15.	Выполнена интермитирующая или продолженная или продленная терапия методами диализа (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
16.	Достигнута доза Kt/V 3,9 в неделю (при интермитирующей или продолженной терапии методами диализа)	Да/Нет
17.	Достигнут объем эффлюэнта не менее 20 мл/кг/час за процедуру (при продленной терапии методами диализа)	Да/Нет

3.14.9.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хронической болезни почек (ХБП) (коды по МКБ - 10: N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение альбумина в моче или определение белка в моче (при наличии факторов риска хронической болезни почек, при предиктивной диагностике не реже 1 раза в 2 года)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование почек (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование почек (при стадиях С1-С5)	Да/Нет
4.	Определена стадия хронической болезни почек, указан правильный код МКБ-10 (в зависимости от значений скорости клубочковой фильтрации и градации альбуминурии)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование паращитовидных желез (при стадиях С1-С5 и прогрессирующим гиперпаратиреозом)	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-нефролога повторный (пациентам с хронической болезнью почек стадий С3б-С5)	Да/Нет
7.	Назначена терапия ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента или антагонисты рецепторов ангиотензина-II (пациентам с хронической болезнью почек стадий С3-С5, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена регулярная оценка функции перитонеальной мембраны с использованием теста перитонеального равновесия (при стадии С5Д на	Да/Нет

	перитонеальном диализе, через 6 недель после начала лечения и не реже, чем 1 раз в год)	
9.	Достигнута рекомендуемая доза по Kt/V (>1,7) или по клиренсу креатинина (>50 л/нед/1,73 м ²) (при стадии С5Д на перитонеальном диализе)	Да/Нет

3.14.9.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хронической болезни почек (ХБП) (коды по МКБ - 10: N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение альбумина в моче или определение белка в моче (при наличии факторов риска хронической болезни почек, при предиктивной диагностике не реже 1 раза в 2 года)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование почек (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование почек (при стадиях С1-С5)	Да/Нет
4.	Выполнено дуплексное сканирование артерий почек (при подозрении на нарушение проходимости почечных артерий)	Да/Нет
5.	Выполнено введение раствора натрия хлорида до и после процедуры (при стадиях С1-С5 при диагностике, связанной с использованием рентгеноконтрастных средств в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Определена стадия хронической болезни почек, указан правильный код МКБ-10 (в зависимости от значений скорости клубочковой фильтрации и градации альбуминурии)	Да/Нет
7.	Выполнена клиническая диагностика для выявления системных осложнений дисфункции почек (анемии, артериальной гипертензии, минеральных и костных нарушений, дисэлектролитемии, метаболических нарушений) и назначено лечение	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование паращитовидных желез (при стадиях С1-С5 и прогрессирующим гиперпаратиреозом)	Да/Нет
9.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-нефролога повторный (пациентам с хронической болезнью почек стадий С3б-С5)	Да/Нет
10.	Проведена терапия ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента или антагонисты рецепторов ангиотензина-II (пациентам с хронической болезнью почек стадий С3-С5, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Проведена регулярная оценка функции перитонеальной мембраны с использованием теста перитонеального равновесия (при стадии С5Д на перитонеальном диализе, через 6 недель после начала лечения и не реже, чем 1 раз в год)	Да/Нет
12.	Достигнута рекомендуемая доза по Kt/V (>1,7) или по клиренсу креатинина (>50 л/нед/1,73 м ²) (при стадии С5Д на перитонеальном диализе)	Да/Нет
13.	Проведены сеансы гемодиализа не менее 3 раз в неделю с общим эффективным диализным временем не менее 720 минут в неделю (при стадии С5Д с отсутствием существенной остаточной функции почек (скорость клубочковой фильтрации по клиренсу мочевины <2 мл/мин или диурез <600 мл/сутки))	Да/Нет
14.	Достигнут конвективный объем >23 литров за процедуру (при стадии С5Д, у пациентов, получающих лечение гемодиализацией в режиме постдилюции)	Да/Нет

3.14.10. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при мочекаменной болезни (коды по МКБ - 10: N20)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам (если не выполнено на амбулаторном этапе в течение 1 месяца до госпитализации)	Да/Нет
2.	Выполнена обзорная урография (рентгенография мочевыделительной системы) или внутривенная урография или компьютерная томография почек и верхних мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием	Да/Нет
3.	Выполнено предстентирование за 5-14 дней до выполнения гибкой уретроскопии по поводу камней почек	Да/Нет
4.	Использована страховая струна-проводник во время выполнения контактной уретеролитотрипсии	Да/Нет
5.	Выполнена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами (при хирургическом вмешательстве и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Восстановлен отток мочи из почки (при обструкции верхних мочевых путей камнем)	Да/Нет

3.14.11. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при почечной колике (коды по МКБ - 10: N23)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевины)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-уролога	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография почек и надпочечников или ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей в сочетании с обзорной урографией (рентгенография мочевыделительной системы)	Да/Нет
6.	Выполнена обзорная урография (рентгенография мочевыделительной системы) (при проведении дренирования верхних мочевыводящих путей или оперативного лечения)	Да/Нет
7.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены с применением автоматизированного посева (при наличии признаков инфекционно-воспалительного процесса)	Да/Нет
8.	Выполнено введение лекарственных препаратов групп: нестероидных противовоспалительных средств или метамизола натрия или опиоидных анальгетиков не позднее 1 часа от момента установления диагноза (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено дренирование верхних мочевыводящих путей (при отсутствии эффекта от медикаментозной терапии в течении 12 часов) или дистанционная литотрипсия / контактная уретеролитотрипсия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) в течении 24 часов	Да/Нет

3.14.12.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым

женщинам при цистите (коды по МКБ - 10: N30.0, N30.1, N30.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-уролога	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при осложненном и рецидивирующем цистите)	Да/Нет
3.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены с применением автоматизированного посева (при рецидивирующем (хроническом) цистите)	Да/Нет
4.	Выполнено определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам (при рецидивирующем (хроническом) цистите)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование почек (при рецидивирующем (хроническом) цистите в возрасте старше 40 лет с факторами риска мочекаменной болезни, интерстициального цистита или рака мочевого пузыря)	Да/Нет
6.	Выполнена цистоскопия (при рецидивирующем (хроническом) цистите в возрасте старше 40 лет с факторами риска мочекаменной болезни, интерстициального цистита или рака мочевого пузыря)	Да/Нет
7.	Проведена терапия антибактериальными препаратами системного действия (при остром и рецидивирующем (хроническом) цистите, в зависимости от медицинских показаний при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.14.12.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым женщинам при цистите (коды по МКБ - 10: N30.0, N30.1, N30.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-уролога	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при осложненном и рецидивирующем цистите)	Да/Нет
3.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены с применением автоматизированного посева (при рецидивирующем (хроническом) цистите)	Да/Нет
4.	Выполнено определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам (при рецидивирующем (хроническом) цистите)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование почек (при рецидивирующем (хроническом) цистите в возрасте старше 40 лет с факторами риска мочекаменной болезни, интерстициального цистита или рака мочевого пузыря)	Да/Нет
6.	Выполнена цистоскопия (при рецидивирующем (хроническом) цистите в возрасте старше 40 лет с факторами риска мочекаменной болезни, интерстициального цистита или рака мочевого пузыря)	Да/Нет
7.	Проведена терапия антибактериальными препаратами системного действия (при остром и рецидивирующем (хроническом) цистите, в зависимости от медицинских показаний при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.14.13.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей (коды по МКБ - 10: N31.0, N31.1, N31.2, N31.8, N31.9, G83.4, G95.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб при патологии почек и мочевыделительной системы	Да/Нет
2.	Выполнена электромиография мышц тазового дна	Да/Нет
3.	Выполнено комплексное уродинамическое обследование	Да/Нет
4.	Заполнен дневник мочеиспусканий и проведен его анализ у пациентов с сохраненным мочеиспусканием	Да/Нет
5.	Назначена медикаментозная терапия ургентного недержания мочи и гиперактивности детрузора	Да/Нет
6.	Назначена периодическая катетеризация мочевого пузыря и проведено обучение пациента самостоятельной катетеризации мочевого пузыря (пациентам, которые не могут полностью опорожнить мочевой пузырь)	Да/Нет
7.	Выполнено внутридетрузорное введение ботулинического токсина типа А (при ургентном недержании мочи, рефрактерном к приему медикаментов, или при выраженных побочных эффектах и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.14.13.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей (коды по МКБ - 10: N31.0, N31.1, N31.2, N31.8, N31.9, G83.4, G95.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб при патологии почек и мочевыделительной системы	Да/Нет
2.	Выполнена электромиография мышц тазового дна	Да/Нет
3.	Выполнено комплексное уродинамическое обследование	Да/Нет
4.	Выполнена 4-6 раз в сутки катетеризация мочевого пузыря и проведено обучение пациента самостоятельной катетеризации мочевого пузыря (пациентам, которые не могут полностью опорожнить мочевой пузырь)	Да/Нет
5.	Выполнено внутридетрузорное введение ботулинического токсина типа А (при ургентном недержании мочи, рефрактерном к приему медикаментов, или при выраженных побочных эффектах и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации и отсутствие повторных операций за время госпитализации	Да/Нет
7.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств за время госпитализации	Да/Нет

3.14.14.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при стриктуре уретры (коды по МКБ - 10: N35)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена уретрография восходящая (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
3.	Выполнено измерение скорости потока мочи (урофлоуметрия) (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование почек	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование мочевого пузыря	Да/Нет
6.	Выполнено исследование объема остаточной мочи	Да/Нет
7.	Выполнена уретрография восходящая через 7-28 день после операции	Да/Нет

3.14.14.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при

структуре уретры (коды по МКБ - 10: N35)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена уретрография восходящая (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
3.	Выполнено измерение скорости потока мочи (урофлоуметрия) (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование почек	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование мочевого пузыря	Да/Нет
6.	Выполнено исследование объема остаточной мочи	Да/Нет
7.	Выполнена уретрография восходящая через 7-28 день после операции	Да/Нет

3.14.15.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при недержании мочи (коды по МКБ - 10: N39.3, R32)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб при патологии почек и мочевыделительной системы	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
3.	Выполнен осмотр пациента, в том числе в гинекологическом кресле (для женщин) с кашлевым тестом	Да/Нет
4.	Выполнена цистоскопия (при гематурии, боли в мочевом пузыре, рецидивном недержании мочи, при подозрении на наличие урогенитальных свищей и экстрауретрального недержания мочи)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением остаточной мочи	Да/Нет
6.	Назначена консервативная поведенческая терапия (модификация диеты, образа жизни, тренировка мочевого пузыря, тренировка мышц тазового дна)	Да/Нет
7.	Пациентом заполнен 3-дневный дневник мочеиспусканий, выполнен его анализ	Да/Нет
8.	Выполнено комплексное уродинамическое исследование (при наличии рефрактерного к медикаментозной терапии ургентного недержания мочи или осложненного стрессового недержания мочи, нейрогенного недержания мочи или недержания мочи у мужчин)	Да/Нет
9.	Выполнено внутридетрузорное введение ботулинического токсина типа А (при ургентном недержании мочи, рефрактерном к приему медикаментов, или при выраженных побочных эффектах и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.14.15.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при недержании мочи (коды по МКБ - 10: N39.3, R32)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб при патологии почек и мочевыделительной системы	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
3.	Выполнен осмотр пациента, в том числе в гинекологическом кресле (для женщин) с кашлевым тестом	Да/Нет
4.	Выполнена цистоскопия (при гематурии, боли в мочевом пузыре, рецидивном недержании мочи, при подозрении на наличие урогенитальных свищей и экстрауретрального недержания мочи)	Да/Нет

5.	Выполнено ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением остаточной мочи	Да/Нет
6.	Выполнена слинговая операция при недержании мочи (женщинам, страдающим стрессовым недержанием мочи, при отсутствии эффекта от консервативной терапии)	Да/Нет
7.	Выполнена слинговая операция при недержании мочи или сфинктеропластика с имплантацией искусственного сфинктера (мужчинам, страдающим стрессовым недержанием мочи, при отсутствии эффекта от консервативной терапии)	Да/Нет
8.	Выполнено комплексное уродинамическое исследование (при наличии рефрактерного к медикаментозной терапии ургентного недержания мочи или осложненного стрессового недержания мочи, нейрогенного недержания мочи или недержания мочи у мужчин)	Да/Нет
9.	Выполнено внутримышечное введение ботулинического токсина типа А (при ургентном недержании мочи, рефрактерном к приему медикаментов, или при выраженных побочных эффектах и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.14.16.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (коды по МКБ - 10: N40)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено измерение скорости потока мочи (урофлоуметрия)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня простатспецифического антигена общего в крови	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением остаточной мочи	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование предстательной железы трансректальное	Да/Нет

3.14.16.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (коды по МКБ - 10: N40)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено измерение скорости потока мочи (урофлоуметрия)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня простатспецифического антигена общего в крови (если не выполнено на амбулаторном этапе в течение 1 месяца до госпитализации)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением остаточной мочи	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование предстательной железы трансректальное	Да/Нет

3.14.17. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гидроцеле и сперматоцеле (код по МКБ-10: N43)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки	Да/Нет
2.	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование	Да/Нет

	препарата удаленного органа (ткани)	
4.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации	Да/Нет
5.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.14.18. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при перекручивании яичка (код по МКБ-10: N44)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-детским-хирургом и/или врачом-детским урологом-андрологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 2 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
5.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленного органа (ткани)	Да/Нет
6.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации	Да/Нет
7.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.14.19. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при орхите и эпидидимите (код по МКБ-10: N45)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-хирургом (врачом-детским хирургом) и/или врачом-урологом-андрологом (врачом-детским урологом-андрологом) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами и/или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленного органа (ткани)	Да/Нет
6.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период	Да/Нет

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

3.14.20.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при мужском бесплодии (коды по МКБ - 10: N46)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врач-уролога первичный (у мужчины, состоящего в бесплодном браке)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови (при азооспермии и олигозооспермии)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня общего тестостерона в крови (при азооспермии и олигозооспермии)	Да/Нет
4.	Выполнено цитогенетическое исследование (кариотип) (пациентам с азооспермией и олигозооспермией (<10 млн сперматозоидов/мл))	Да/Нет
5.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование микроделеций в Y хромосоме в крови (при азооспермии и олигозооспермии и <5 млн сперматозоидов/мл)	Да/Нет
6.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене CFTR в крови (пациентам с врожденным одно- и двусторонним отсутствием семявыносящих протоков)	Да/Нет
7.	Выполнено извлечение сперматозоидов хирургическим способом (чрескожная аспирация сперматозоидов из придатка яичка и/или чрескожная аспирация сперматозоидов из яичка, и/или экстракция сперматозоидов из яичка, и/или микрохирургическая экстракция сперматозоидов из яичка, и/или микрохирургическая аспирация/экстракция сперматозоидов из придатка яичка) (при азооспермии)	Да/Нет

3.14.20.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при мужском бесплодии (коды по МКБ - 10: N46)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врач-уролога первичный (у мужчины, состоящего в бесплодном браке)	Да/Нет
2.	Выполнено извлечение сперматозоидов хирургическим способом (чрескожная аспирация сперматозоидов из придатка яичка и/или чрескожная аспирация сперматозоидов из яичка, и/или экстракция сперматозоидов из яичка, и/или микрохирургическая экстракция сперматозоидов из яичка, и/или микрохирургическая аспирация/экстракция сперматозоидов из придатка яичка) (при азооспермии)	Да/Нет

3.14.21. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при избыточной крайней плоти, фимозе, парафимозе и баланопостите (коды по МКБ-10: N47; N48.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-хирургом (врачом-детским хирургом) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет

2.	Выполнено консервативное лечение антибактериальными и/или анальгетическими лекарственными препаратами или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено устранение ущемления головки полового члена не позднее 1 часа от момента установления диагноза (при парафимозе)	Да/Нет
4.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации	Да/Нет
5.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.14.22.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при доброкачественной дисплазии молочной железы (коды по МКБ - 10: N60.0, N60.1, N60.2, N60.3, N60.4, N60.8, N60.9, N63, N64.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнены визуальное исследование молочных желез и пальпация молочных желез (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование молочных желез (пациенткам до 40 лет) или маммография (пациенткам 40 лет и старше) (с заключением по классификации BI-RADS) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Дано направление на консультацию врача-онколога (при наличии очаговых образований или BI-RADS 3)	Да/Нет
4.	При подтверждении диагноза пациентка включена в соответствующую группу диспансерного наблюдения	Да/Нет
5.	Пациентка информирована относительно эффективных мер профилактики рака молочной железы, в том числе проведено консультирование по вопросам контрацепции, менопаузальной гормональной терапии	Да/Нет

3.14.22.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при доброкачественной дисплазии молочной железы (коды по МКБ - 10: N60.0, N60.1, N60.2, N60.3, N60.4, N60.8, N60.9, N63, N64.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнены визуальное исследование молочных желез и пальпация молочных желез	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование молочных желез (пациенткам до 40 лет) или маммография (пациенткам 40 лет и старше) (с заключением по классификации BI-RADS) (при установлении диагноза в случае, если не выполнено амбулаторно)	Да/Нет
3.	Дано направление на консультацию врача-онколога (при наличии очаговых образований или BI-RADS 3)	Да/Нет
4.	При подтверждении диагноза пациентка включена в соответствующую группу диспансерного наблюдения	Да/Нет
5.	Пациентка информирована относительно эффективных мер профилактики рака молочной железы, в том числе проведено консультирование по вопросам контрацепции, менопаузальной гормональной терапии	Да/Нет

3.14.23.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при эндометриозе (коды по МКБ - 10: N80)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена лапароскопия (при эндометриоз-ассоциированном бесплодии при отсутствии эффекта от ранее выполненного лечения или бесплодии неясного генеза)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза (комплексное)	Да/Нет
3.	Выполнено хирургическое вмешательство (при отсутствии эффекта от ранее проведенного консервативного лечения)	Да/Нет
4.	Назначена медикаментозная терапия боли при ее наличии	Да/Нет
5.	Назначено лечение аномального маточного кровотечения (при установлении аномального маточного кровотечения)	Да/Нет

3.14.23.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при эндометриозе (коды по МКБ - 10: N80)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена лапароскопия у пациенток (при эндометриоз-ассоциированном бесплодии при отсутствии эффекта от ранее выполненного лечения или бесплодии неясного генеза)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза (комплексное)	Да/Нет
3.	Выполнено хирургическое лечение при отсутствии эффекта от ранее проведенного консервативного лечения или при наличии показаний к операции	Да/Нет
4.	Назначена медикаментозная терапия боли при ее наличии	Да/Нет
5.	Назначено лечение аномального маточного кровотечения (при установлении аномального маточного кровотечения)	Да/Нет

3.14.24.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при воспалительных болезнях женских тазовых органов (коды по МКБ - 10: N70, N71, N73)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный.	Да/Нет
2.	Выполнен визуальный осмотр наружных половых органов	Да/Нет
3.	Выполнен осмотр шейки матки в зеркалах	Да/Нет
4.	Выполнено бимануальное влагалищное исследование	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
7.	Выполнено микроскопическое исследование влагалищных мазков	Да/Нет
8.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на хламидию трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>)	Да/Нет
9.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на гонококк (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	Да/Нет
10.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на микоплазму гениталиум (<i>Mycoplasma genitalium</i>)	Да/Нет

11.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови или исследование мочи на хорионический гонадотропин (при подозрении на тубоовариальный абсцесс и/или при нарушении менструального цикла, исключение эктопической беременности)	Да/Нет
13.	Назначена антибактериальная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.14.24.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи при воспалительных болезнях женских тазовых органов (коды по МКБ - 10: N70, N71, N73)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный.	Да/Нет
2.	Выполнен визуальный осмотр наружных половых органов	Да/Нет
3.	Выполнен осмотр шейки матки в зеркалах	Да/Нет
4.	Выполнено бимануальное влагалищное исследование	
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
7.	Выполнено микроскопическое исследование влагалищных мазков	Да/Нет
8.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на хламидию трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>)	Да/Нет
9.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на гонококк (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	Да/Нет
10.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на микоплазму гениталиум (<i>Mycoplasma genitalium</i>)	Да/Нет
11.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови или исследование мочи на хорионический гонадотропин (при подозрении на тубоовариальный абсцесс и/или при нарушении менструального цикла, исключение эктопической беременности)	Да/Нет
13.	Проведена антибактериальная терапия (при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
14.	Проведено оперативное лечение (при наличии гнойного тубоовариального образования и/или отсутствии эффекта от проводимой медикаментозной терапии)	Да/Нет

3.14.25.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при гиперплазии эндометрия (коды по МКБ - 10: N85.0, N85.15)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала матки (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза	Да/Нет
3.	Назначено гормональное лечение (при гиперплазии эндометрия без атипии при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала матки (после окончания лечения)	Да/Нет
5.	Проведено информирование пациентки о необходимости устранения модифицируемых факторов риска	Да/Нет

3.14.25.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи при гиперплазии эндометрия (коды по МКБ - 10: N85.0, N85.15)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала матки (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза	Да/Нет
3.	Назначено гормональное лечение (при гиперплазии эндометрия без атипии при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала матки (после окончания лечения)	Да/Нет
5.	Проведено информирование пациентки о необходимости устранения модифицируемых факторов риска	Да/Нет

3.14.26.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при цервикальной интраэпителиальной неоплазии, эрозия и эктропион шейки матки (коды по МКБ - 10: N86, N87)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено цитологическое исследование микропрепарата шейки матки	Да/Нет
2.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека (Papilloma virus).	Да/Нет
3.	Выполнена расширенная кольпоскопия (при визуальных изменениях шейки матки, при аномалиях в мазках от атипических клеток плоского эпителия неясного значения и более; при положительном результате исследования отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека (Papilloma virus)	Да/Нет
4.	Выполнена прицельная биопсия шейки матки с последующим патологоанатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала шейки матки (пациенткам с цитологическим заключением ASCUS, ASC-H, LSIL при наличии <i>вируса папилломы человека высокого канцерогенного риска и аномальной кольпоскопической картине для подтверждения диагноза</i>)	Да/Нет
5.	Выполнена электроэксцизия шейки матки или электрорадиохирургическая высокочастотная конизация шейки матки в зависимости от типа зоны трансформации с последующим выскабливанием цервикального канала (при плоскоклеточном интраэпителиальном поражении высокой степени CIN II, CIN III)	Да/Нет
6.	Дано направление на консультацию врача-онколога при выявлении злокачественных новообразований	Да/Нет

3.14.26.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при

цервикальной интраэпителиальной неоплазии, эрозия и эктропион шейки матки (коды по МКБ - 10: N86, N87)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено цитологическое исследование микропрепарата шейки матки	Да/Нет
2.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека (Papilloma virus).	Да/Нет
3.	Выполнена расширенная кольпоскопия (при визуальных изменениях шейки матки, при аномалиях в мазках от атипических клеток плоского эпителия неясного значения и более, при положительном результате исследования отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека (Papilloma virus)	Да/Нет
4.	Выполнена прицельная биопсия шейки матки с последующим патологоанатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала шейки матки (пациенткам с цитологическим заключением ASCUS, ASC-H, LSIL при наличии вируса папилломы человека высокого канцерогенного риска и аномальной кольпоскопической картине для подтверждения диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена электроэксцизия шейки матки или электрорадиохирургическая высокочастотная конизация шейки матки в зависимости от типа зоны трансформации с последующим выскабливанием цервикального канала (при плоскоклеточном интраэпителиальном поражении высокой степени CIN II, CIN III)	Да/Нет
6.	Дано направление на консультацию врача-онколога при выявлении злокачественных новообразований	Да/Нет

3.14.27.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при выпадении женских половых органов (коды по МКБ - 10: N91, N91.0, N91.1, N91.2, N91.3, N91.4, N91.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза	Да/Нет
2.	Выполнен визуальный осмотр наружных половых органов	Да/Нет
3.	Выполнен осмотр шейки матки в зеркалах	Да/Нет
4.	Выполнено бимануальное влагалищное исследование	Да/Нет

3.14.27.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при выпадении женских половых органов (коды по МКБ - 10: N91, N91.0, N91.1, N91.2, N91.3, N91.4, N91.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза	Да/Нет
2.	Выполнен визуальный осмотр наружных половых органов	Да/Нет
3.	Выполнен осмотр шейки матки в зеркалах	Да/Нет
4.	Выполнено бимануальное влагалищное исследование	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое вмешательство	Да/Нет

3.14.28.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при женском бесплодии (коды по МКБ - 10: N97, N97.0, N97.1, N97.2, N97.3, N97.4, N97.8, N97.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено измерение массы тела (при установлении диагноза на этапе лечения)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный (при установлении диагноза на этапе лечения)	Да/Нет
3.	Выполнено микроскопическое исследование влагалищных мазков (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на гонококк (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>) (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на трихомонас вагиналис (<i>Trichomonas vaginalis</i>) (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на хламидию трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>) (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на микоплазму гениталиум (<i>Mycoplasma genitalium</i>) (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови на 2-5 день менструального цикла (пациенткам с нарушением менструального цикла) (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнено исследование уровня лютеинизирующего гормона в сыворотке крови на 2-5 день менструального цикла (пациенткам с нарушением менструального цикла) (при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнено исследование уровня общего эстрадиола в крови на 2-5 день менструального цикла (пациенткам с нарушением менструального цикла) (при установлении диагноза)	Да/Нет
11.	Выполнено исследование уровня свободного тестостерона в крови на 2-5 день менструального цикла (пациенткам с нарушением менструального цикла и/или признаками гирсутизма) (при установлении диагноза)	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня пролактина в крови на 2-5 день менструального цикла (при установлении диагноза)	Да/Нет
13.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
14.	Выполнено определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
15.	Выполнена спермограмма партнера пациентки (при установлении диагноза)	Да/Нет
16.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) (пациенткам в раннюю фолликулярную фазу цикла) (при установлении диагноза)	Да/Нет
17.	Выполнено исследование уровня прогестерона в крови через 5-7 дней после предполагаемой овуляции или за 5-7 дней до предполагаемой менструации или исследование уровня лютеинизирующего гормона в моче экспресс-методом за 1-2 дня до предполагаемой овуляции (при установлении диагноза)	Да/Нет
18.	Выполнена гистеросальпингография или контрастная эхогистеросальпингоскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет

19.	Даны рекомендации по нормализации массы тела (пациенткам с избыточной или недостаточной массой тела)	Да/Нет
20.	Выполнена гистероскопия и/или гистерорезектоскопия (при наличии внутриматочной патологии при установлении диагноза и на этапе лечения)	Да/Нет
21.	Выполнена лапароскопия (при подозрении на наличие гинекологических заболеваний, требующих хирургического лечения при установлении диагноза и на этапе лечения)	Да/Нет
22.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-уролога первичный партнера пациентки, (при установлении причины бесплодия, связанного с мужским фактором (при установлении диагноза))	Да/Нет
23.	Выполнено измерение массы тела (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет
24.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет
25.	Выполнено исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови у пациентки и ее партнера (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет
26.	Выполнено определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови у пациентки и ее партнера (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет
27.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови у пациентки и ее партнера (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет
28.	Выполнено определение основных групп по системе АВ0 (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет
29.	Выполнено определение антигена D системы Резус (резус-фактор) (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет
30.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет
31.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет
32.	Выполнено микроскопическое исследование влагалищных мазков (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет
33.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на гонококк (Neisseria gonorrhoeae) (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет
34.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на трихомонас вагиналис (Trichomonas vaginalis) (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет
35.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на хламидию трахоматис (Chlamydia trachomatis) (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет

36.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на микоплазму гениталиум (<i>Mycoplasma genitalium</i>) (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет
37.	Выполнено цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки) (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет
38.	Выполнено цитологическое исследование микропрепарата цервикального канала (мазка с поверхности цервикального канала) (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет
39.	Выполнено исследование уровня фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови на 2-5 день менструального цикла (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет
40.	Выполнено исследование уровня антимюллера гормона в крови (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет
41.	Выполнена спермограмма партнера пациентки (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет
42.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) с определением количества антральных фолликулов (пациенткам в раннюю фолликулярную фазу цикла) (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет
43.	Выполнено ультразвуковое исследование молочных желез на 7-11 день менструального цикла (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет
44.	Выполнена маммография (с 40 лет и старше) (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет
45.	Выполнено ультразвуковое исследование фолликулогенеза во время овариальной стимуляции (на этапе проведения программы вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет
46.	Проведена индивидуальная подборка протокола овариальной стимуляции с учетом возраста и овариального резерва, риска развития синдрома гиперстимуляции яичников и особенностей предыдущих циклов овариальной стимуляции (на этапе проведения программы вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет
47.	Выполнено назначение гонадотропина хорионического или хориогонадотропина альфа или бусерелина или гозерелина или трипторелина (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (на этапе проведения программы ВРТ)	Да/Нет
48.	Выполнена трансвагинальная пункция фолликулов яичников через 34-38 часов после введения гонадотропина хорионического или хориогонадотропина альфа или бусерелина или гозерелина или трипторелина (в случае их созревания, на этапе проведения программы вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет
49.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) перед переносом эмбрионов и во время переноса эмбрионов (на этапе проведения программы вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет
50.	Выполнено внутриматочное введение не более 2-х эмбрионов через 48-144 часа после получения и оплодотворения ооцитов (в случае	Да/Нет

	проведения переноса эмбрионов на этапе проведения программы вспомогательных репродуктивных технологий)	
51.	Выполнено назначение гормональной терапии после внутриматочного введения эмбрионов (в случае проведения переноса эмбрионов на этапе проведения программы вспомогательных репродуктивных технологий)	Да/Нет

3.14.28.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при женском бесплодии (коды по МКБ - 10: N97, N97.0, N97.1, N97.2, N97.3, N97.4, N97.8, N97.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена гистероскопия и/или гистерорезектоскопия (при наличии внутриматочной патологии при установлении диагноза и на этапе лечения)	Да/Нет
2.	Выполнена лапароскопия (при подозрении на наличие гинекологических заболеваний, требующих хирургического лечения при установлении диагноза и на этапе лечения)	Да/Нет

3.14.29.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при аменорее и олигоменорее (коды по МКБ - 10: N91, N91.0, N91.1, N91.2, N91.3, N91.4, N91.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Верифицирована причина аменореи	Да/Нет
2.	Назначено симптоматическое лечение аменореи	Да/Нет
3.	Выполнено исключение беременности: исследование уровня хорионического гонадотропина в крови или исследование мочи на хорионический гонадотропин	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня фолликулостимулирующего гормона в сыворотке	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня лютеинизирующего гормона в сыворотке крови	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня пролактина в крови	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови	Да/Нет
9.	Выполнено исследование уровня общего тестостерона в крови (при подозрении на гиперандрогению)	Да/Нет
10.	Выполнено определение индекса свободных андрогенов (при подозрении на гиперандрогению)	Да/Нет
11.	Выполнено исследование уровня дегидроэпиандростерона сульфата в крови (при подозрении на гиперандрогению)	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в крови (при подозрении на гиперандрогению)	Да/Нет
13.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга (при подозрении на опухоль гипофиза)	Да/Нет
14.	Выполнена гонадэктомия (при наличии Y хромосомы в кариотипе)	Да/Нет
15.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-диетолога первичный (при функциональной гипоталамической аменорее)	Да/Нет

3.14.29.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи при аменорее и олигоменорее (коды по МКБ - 10: N91, N91.0, N91.1, N91.2, N91.3, N91.4, N91.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Верифицирована причина аменореи	Да/Нет

2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза	Да/Нет
3.	Выполнена гонадэктомия (при наличии Y хромосомы в кариотипе)	Да/Нет
4.	Назначена заместительная гормональная терапия (при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

3.14.30.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при аномальных маточных кровотечениях (коды по МКБ - 10: N92, N93, N95)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня ферритина в крови	Да/Нет
5.	Выполнено микроскопическое исследование влагалищных мазков	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза	Да/Нет
7.	Выполнена биопсия эндометрия или диагностическое выскабливание полости матки с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала матки (у пациентов старше 40 лет или у пациентов младше 40 лет с факторами риска рака эндометрия или при неэффективности медикаментозной терапии)	Да/Нет

3.14.30.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи при аномальных маточных кровотечениях (коды по МКБ - 10: N92, N93, N95)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня ферритина в крови	Да/Нет
5.	Выполнено микроскопическое исследование влагалищных мазков	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза	Да/Нет
7.	Выполнена биопсия эндометрия или диагностическое выскабливание полости матки с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала матки (у пациентов старше 40 лет или у пациентов младше 40 лет с факторами риска рака эндометрия или при неэффективности медикаментозной терапии)	Да/Нет

3.14.31.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при менопаузе и климактерическом состоянии у женщины (коды по МКБ - 10: N95.1; N95.2; N95.3; N95.8; N95.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
14.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный и произведен сбор анамнеза	Да/Нет
15.	Выполнено определение стадии репродуктивного старения по STRAW+10	Да/Нет
16.	Выполнена оценка тяжести менопаузальных симптомов по шкале Грина	Да/Нет
17.	Выполнено определение окружности талии	Да/Нет
18.	Выполнено вычисление индекса массы тела	Да/Нет

19.	Выполнен визуальный осмотр наружных половых органов	Да/Нет
20.	Выполнено бимануальное влагалищное исследование	Да/Нет
21.	Выполнено визуальное исследование и пальпация молочных желез	Да/Нет
22.	Выполнено исследование уровня фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови (у женщин до 45 лет с менопаузальными симптомами при затруднении определения стадии репродуктивного старения и при аменорее или нерегулярных менструациях (задержки от 3 до 6 мес))	Да/Нет
23.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (при затруднении определения стадии репродуктивного старения и для дифференциальной диагностики причин олигоменореи/аменореи, атипичных вазомоторных симптомов, нарушений сна, быстрой утомляемости, колебаний веса)	Да/Нет
24.	Выполнено исследование уровня пролактина в крови (при затруднении определения стадии репродуктивного старения и для дифференциальной диагностики причин олигоменореи/аменореи, атипичных вазомоторных симптомов, нарушений сна, быстрой утомляемости, колебаний веса)	Да/Нет
25.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков	Да/Нет
26.	Выполнена маммография (в 2 проекциях с оценкой по системе BI-RADS и ACR)	Да/Нет
27.	Выполнено по показаниям ультразвуковое исследование молочных желез у пациенток в возрасте до 40 лет	Да/Нет
28.	Выполнено цитологическое исследование микропрепарата шейки матки	Да/Нет
29.	Выполнено определение ДНК вирусов папилломы человека (Papilloma virus) высокого канцерогенного риска в отделяемом (соскобе) из цервикального канала методом ПЦР, количественное исследование	Да/Нет
30.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование влагалищного отделяемого на микроорганизмы-маркеры бактериального вагиноза или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (при наличии жалоб и клинических признаков генитоуринарного менопаузального синдрома для дифференциальной диагностики заболеваний вульвы и влагалища)	Да/Нет
31.	Произведено определение концентрации водородных ионов (рН) отделяемого слизистой оболочки влагалища для уточнения диагноза ВВА	Да/Нет
32.	Выполнено определение риска переломов по FRAX (при наличии факторов риска остеопороза у женщин в постменопаузе)	Да/Нет
33.	Выполнена рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости (с использованием двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии при наличии переломов в анамнезе/ наличии факторов риска остеопороза)	Да/Нет
34.	Выполнено исследование уровня 25-ОН витамина Д в крови (при наличии переломов в анамнезе/ наличии факторов риска остеопороза и при ожирении)	Да/Нет
35.	Проведена оценка риска венозных тромбозмболических осложнений по шкале PADUA (перед назначением менопаузальной гормональной терапии)	Да/Нет
36.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях (перед назначением менопаузальной гормональной терапии)	Да/Нет
37.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (перед назначением менопаузальной гормональной терапии)	Да/Нет
38.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (уровень глюкозы/гликированного гемоглобина в крови натощак; общий белок;	Да/Нет

	билирубин, креатинин) (перед назначением менопаузальной гормональной терапии)	
39.	Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический (уровень общего холестерина крови, холестерина липопротеинов низкой плотности, холестерина липопротеинов высокой плотности в крови, триглицериды перед назначением менопаузальной гормональной терапии)	Да/Нет
40.	Выполнено ультразвуковое исследование печени (перед назначением менопаузальной гормональной терапии)	Да/Нет
41.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспаратаминотрансферазы в крови, гамма-глутамилтрансферазы в крови перед назначением менопаузальной гормональной терапии)	Да/Нет
42.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (перед назначением менопаузальной гормональной терапии)	Да/Нет
43.	Выполнено определение концентрации Д-димера в крови (перед назначением менопаузальной гормональной терапии)	Да/Нет
44.	Выполнено определение полиморфизма G20210A протромбина в гене фактора II свертывания крови (перед назначением менопаузальной гормональной терапии)	Да/Нет
45.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутации G1691A в гене фактора V (мутация Лейдена в V факторе свертывания) (перед назначением менопаузальной гормональной терапии)	Да/Нет
46.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога повторный (определение показаний/противопоказаний к назначению менопаузальной гормональной терапии, подбор минимально-эффективной дозы менопаузальной гормональной терапии, проведение беседы о пользе и потенциальных рисках менопаузальной гормональной терапии)	Да/Нет
47.	Предложены альтернативные методы коррекции климактерических расстройств (пациентке с наличием противопоказаний к приему менопаузальной гормональной терапии)	Да/Нет
48.	Выполнено мониторинг эффективности лечения и выявление нежелательных эффектов (через 1-2 месяца после начала лечения, каждые 6 месяцев в течение первого года терапии и далее 1 раз в год)	Да/Нет

3.14.31.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи при менопаузе и климактерическом состоянии у женщины (коды по МКБ - 10: N95.1; N95.2; N95.3; N95.8; N95.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен визуальный осмотр наружных половых органов	Да/Нет
2.	Выполнено бимануальное влагалищное исследование	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков	Да/Нет

3.14.32.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при синдроме гиперстимуляции яичников (коды по МКБ - 10: N98.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Проведена оценка факторов риска синдрома гиперстимуляции яичников (возраст <35 лет, наличие синдрома поликистозных	Да/Нет

	яичников, уровень антимюллерова гормона > 3,4 нг/мл, количество антральных фолликулов >20 в обоих яичниках, указание на синдром гиперстимуляции яичников в предыдущих циклах овариальной стимуляции, индекс массы тела <18 кг/м2)	
2.	Выполнено назначение метформина в дозе 1000-2000 мг в сутки перорально за 2 месяца до овариальной стимуляции и в цикле овариальной стимуляции (при синдроме поликистозных яичников, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено назначение протокола овариальной стимуляции с ганиреликсом или цетрореликсом (при избыточном овариальном резервом, в зависимости от медицинских показаний при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено назначение фоллитропина альфа или фоллитропина бета или урофоллитропина или фоллитропина дельта или менотропинов (при избыточном овариальном резерве при овариальной стимуляции, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено назначение бусерелина или гозерелина или трипторелина (при чрезмерном ответе яичников на овариальную стимуляцию, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена отмена переноса эмбрионов (при чрезмерном ответе яичников на овариальную стимуляцию)	Да/Нет
7.	Выполнена криоконсервация эмбрионов (при чрезмерном ответе яичников на овариальную стимуляцию в данном цикле овариальной стимуляции, при наличии эмбрионов)	Да/Нет
8.	Выполнено назначение бромкриптоина или каберголина в течение 5-8 дней со дня введения бусерелина или гозерелина или трипторелина или со следующего дня после трансвагинальной пункции яичников (при получении >15 ооцитов в протоколе овариальной стимуляции, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнен сбор жалоб, характерных для синдрома гиперстимуляции яичников (после проведенной овариальной стимуляции и введения бусерелина или гозерелина или трипторелина)	Да/Нет
10.	Выполнен визуальный осмотр терапевтический	Да/Нет

3.14.32.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при синдроме гиперстимуляции яичников (коды по МКБ - 10: N98.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен визуальный осмотр терапевтический	Да/Нет
2.	Выполнена пальпация терапевтическая	Да/Нет
3.	Выполнена перкуссия терапевтическая	Да/Нет
4.	Выполнена аускультация терапевтическая	Да/Нет
5.	Выполнена термометрия общая	Да/Нет
6.	Выполнено исследование пульса	Да/Нет
7.	Выполнено измерение частоты дыхания	Да/Нет
8.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях	Да/Нет
9.	Выполнен визуальный осмотр наружных половых органов	Да/Нет
10.	Выполнен осмотр шейки матки в зеркалах	Да/Нет
11.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет

13.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
14.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
15.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови	Да/Нет
16.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
17.	Выполнено исследование уровня натрия в крови (при наличии электролитных нарушений)	Да/Нет
18.	Выполнено исследование уровня калия в крови (при наличии электролитных нарушений)	Да/Нет
19.	Выполнено исследование уровня мочевины в крови (при наличии олигурии/анурии)	Да/Нет
20.	Выполнено исследование уровня креатинина в крови (при наличии олигурии/анурии)	Да/Нет
21.	Выполнено исследование уровня общего белка в крови (после удаления асцитической жидкости)	Да/Нет
22.	Выполнено исследование уровня альбумина в крови (после удаления асцитической жидкости)	Да/Нет
23.	Выполнено исследование уровня прокальцитонина в крови (при тяжелой и критической степени синдрома гиперстимуляции яичников)	Да/Нет
24.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены с применением автоматизированного посева (при повышении температуры тела ≥ 38 градусов С)	Да/Нет
25.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное и/или ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное	Да/Нет
26.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
27.	Выполнено ультразвуковое исследование почек	Да/Нет
28.	Выполнено ультразвуковое исследование плевральной полости	Да/Нет
29.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
30.	Выполнена эхокардиография (при гемодинамических нарушениях)	Да/Нет
31.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	Да/Нет
32.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	Да/Нет
33.	Выполнен осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный (при синдроме гиперстимуляции яичников среднетяжелой, тяжелой и критической степени)	Да/Нет
34.	Выполнено назначение эластической компрессии нижних конечностей	Да/Нет
35.	Проведено внутривенное введение 0,9% раствора натрия хлорида (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
36.	Выполнено назначение/проведена терапия препаратов группы гепарина в профилактических дозах (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
37.	Проведен парацентез трансабдоминальным или трансвагинальным доступом (при нарастании асцита, олигурии на фоне асцита)	Да/Нет
38.	Проведено хирургическое вмешательство (при перекруте придатков матки, разрыве кисты яичника, кровотечения из кисты яичника, внематочной беременности)	Да/Нет

неуточненной гематурии (код по МКБ-10: R31)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей и/или компьютерная томография почек и мочевыводящих путей с контрастированием не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен анализ мочи общий с определением гемоглобина не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Отсутствие тампонады мочевого пузыря в период госпитализации	Да/Нет

3.14.34. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при неопущении яичка (код по МКБ-10: Q53)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование органов малого таза и ультразвуковое исследование органов мошонки и/или лапароскопия	Да/Нет
2.	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.14.35. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при болезнях почечного трансплантата (коды по МКБ-10: Z94.0; T86.1; N16.5*)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-нефрологом	
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевины, мочевиная кислота, общий белок, альбумин, холестерин, липопротеины высокой плотности, липопротеины низкой плотности, триглицериды, калий, натрий)	Да/Нет
5.	Выполнено определение белка в суточной моче	Да/Нет
6.	Выполнено определение концентрации иммунодепрессантов в крови	Да/Нет
7.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей	Да/Нет
9.	Выполнено дуплексное сканирование артерий почек	Да/Нет
10.	Выполнена биопсия трансплантата почки (при наличии медицинских	Да/Нет

	показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	
11.	Выполнена микроскопия препарата тканей трансплантата почки и/или иммуноморфологическое исследование тканей трансплантата почки и/или цитологическое исследование препарата тканей трансплантата почки и/или гистологическое исследование препарата тканей трансплантата почки и/или гистохимическое исследование препарата тканей трансплантата почки (при биопсии почки)	Да/Нет
12.	Проведена терапия лекарственными препаратами: ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или группы системные глюкокортикостероиды и/или иммунодепрессантами (при отторжении трансплантата почки, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при пиелонефрите трансплантата почки и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.14.35.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при мочекаменной болезни (коды по МКБ - 10: N20, N21, N22, N23)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского уролога-андролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня фосфора в моче, исследование уровня кальция в моче, исследование уровня мочевой кислоты в моче, определение оксалатов в моче, сбор мочи для лабораторного исследования, определение объема мочи, микроскопическое исследование осадка мочи (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы всем пациентам (при установлении диагноза, перед оперативным вмешательством и при необходимости коррекции антибактериальной терапии)	Да/Нет
5.	Выполнено определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам (при первичной диагностике, перед оперативным вмешательством и при необходимости коррекции антибактериальной терапии)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование почек (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование мочевыводящих путей (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.14.35.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при мочекаменной болезни (коды по МКБ - 10: N20, N21, N22, N23)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского уролога-андролога	Да/Нет

2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня фосфора в моче, исследование уровня кальция в моче, исследование уровня мочевой кислоты в моче, определение оксалатов в моче, сбор мочи для лабораторного исследования, определение объема мочи, микроскопическое исследование осадка мочи (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы всем пациентам (при установлении диагноза, перед оперативным вмешательством и при необходимости коррекции антибактериальной терапии)	Да/Нет
5.	Выполнено определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам (при первичной диагностике, перед оперативным вмешательством и при необходимости коррекции антибактериальной терапии)	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (Исследования уровня креатинина в крови, мочевой кислоты в крови, кальция в крови, ионизированного кальция в крови, натрия в крови, калия в крови) (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня паратиреоидного гормона в крови (пациентам с повышенным уровнем кальция (ионизированного кальция в крови) при установлении диагноза, при выявлении гиперкальциурии)	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование почек (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование мочевыводящих путей (при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнена компьютерная томография почек и верхних мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием или внутривенная урография (при планировании удаления конкремента, а индивидуальные анатомические особенности чашечно-лоханочной системы неизвестны)	Да/Нет
11.	Выполнен анализ минерального состава мочевых камней (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.15. Критерии оценки качества при беременности, родах и послеродовом периоде

3.15.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при внематочной (эктопической) беременности (коды по МКБ - 10: O00, O08)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Проведено хирургическое вмешательство или консервативное лечение (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

3.15.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи при внематочной (эктопической) беременности (коды по МКБ - 10: O00, O08)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения

1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Проведено хирургическое вмешательство или консервативное лечение (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови (через 7 дней после хирургического лечения при сохраненной маточной трубе)	Да/Нет

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

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

13.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
14.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.15.3.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при выкидыше (самопроизвольном аборте) (коды по МКБ - 10: O02 (O02.0 - O02.9), O03 (O03.0 - O03.1, O03.3 - O03.6, O03.8-O03.9), O05 (O05.0 - O05.1, O05.3 - O05.6, O05.8-O05.9), O20 (O20.0 - O20.9))

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено повторное исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови через 48 часов (при беременности неопределенной/неясной локализации)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное и/или трансвагинальное (до 9 недель беременности) или ультразвуковое исследование плода (после 10 недель беременности)	Да/Нет
3.	Выполнено повторное ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное и/или трансвагинальное через 7-10 дней (при подозрении на неразвивающуюся беременность)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное и/или трансвагинальное через 7-14 дней после выкидыша	Да/Нет
5.	Проведено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] в течение 72 часов после первого приема мизопростола или хирургического вмешательства (пациенткам с признаками отслойки хориона/плаценты или наличием кровяных выделений из матки, при резус (D) отрицательной принадлежности крови пациентки, беременной от партнера с резус (D) положительной принадлежностью крови при отсутствии резус (D)-изоиммунизации, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.15.3.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при выкидыше (самопроизвольном аборте) (коды по МКБ - 10: O02 (O02.0 - O02.9), O03 (O03.0 - O03.1, O03.3 - O03.6, O03.8-O03.9), O05 (O05.0 - O05.1, O05.3 - O05.6, O05.8-O05.9), O20 (O20.0 - O20.9))

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено повторное исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови через 48 часов (при беременности неопределенной/неясной локализации)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное и/или трансвагинальное (до 9 недель беременности) или ультразвуковое исследование плода (после 10 недель беременности)	Да/Нет
3.	Выполнено повторное ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное и/или трансвагинальное через 7-10 дней (при подозрении на неразвивающуюся беременность)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей хориона или плаценты (полученного при вакуум-аспирации содержимого полости матки)	Да/Нет
5.	Выполнено назначение антибактериальных препаратов системного действия (при инфицированном выкидыше, в зависимости от	Да/Нет

	медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
6.	Проведено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] в течение 72 часов после первого приема мизопростола или хирургического вмешательства (пациенткам с признаками отслойки хориона/плаценты или наличием кровяных выделений из матки, при резус (D) отрицательной принадлежности крови пациентки, беременной от партнера с резус (D) положительной принадлежностью крови при отсутствии резус (D)-изоиммунизации, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными препаратами системного действия при хирургическом вмешательстве (при неразвивающейся беременности или неполном выкидыше, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена вакуум-аспирация эндометрия (при неполном выкидыше, неразвивающейся беременности и инфицированном выкидыше)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 30 мин от момента поступления в стационар или установления диагноза	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови	Да/Нет
6.	Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и определение резус-принадлежности	Да/Нет
7.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
8.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
9.	Выполнена санация гнойного очага	Да/Нет
10.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнено повторное исследование уровня хорионического	Да/Нет

	гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови	
12.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 48 часов от момента хирургического вмешательства или появления кровяных выделений (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
14.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар или установления диагноза	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
5.	Выполнено определение основных групп крови (A, B, 0) и определение резус-принадлежности	Да/Нет
6.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) и/или тромбоэластограмма	Да/Нет
7.	Выполнено ингаляционное введение кислорода не позднее 10 минут от момента установления диагноза (при сатурации менее 92%)	Да/Нет
8.	Выполнено введение внутривенного катетера не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
9.	Выполнено введение лекарственных препаратов группы окситоцина и его аналогов и/или группы утеротонизирующие не позднее 10 минут от момента установления диагноза (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Проведена инфузионно-трансфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнена коррекция нарушений в системе гемостаза (при наличии нарушений в системе гемостаза)	Да/Нет
12.	Выполнена катетеризация мочевого пузыря не позднее 30 минут от момента установления диагноза	Да/Нет

13.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза) не позднее 10 мин от момента установления диагноза	Да/Нет
14.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
15.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
16.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 48 часов от момента хирургического вмешательства или появления кровяных выделений (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
18.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.15.6.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при преэклампсии, эклампсия, отеках, протеинурии и гипертензивных расстройствах во время беременности, в родах и послеродовом периоде (коды по МКБ - 10: O10 (O10.0, O10.1, O10.2, O10.3, O10.4, O10.9), O11, O12 (O12.0, O12.1, O12.2), O13, O14 (O14.0, O14.1, O14.9), O15 (O15.0, O.15.1, O15.2, O15.9), O16)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях верхних конечностей (при каждом визите беременной пациентки, с определением диастолического давления по фазе тонов Короткова 5 (K5 = исчезновение шумов) или 4 (затихание), если K5 не поддается измерению, на обеих руках	Да/Нет
2.	Выполнено определение белка в моче (при подозрении на преэклампсию)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня тромбоцитов в крови (при подозрении на преэклампсию)	Да/Нет
4.	Выполнена кардиотокография плода (с 26 недель беременности один раз в неделю при умеренной преэклампсии и ежедневно при тяжелой преэклампсии)	Да/Нет
5.	Применена выжидательная тактика ведения при умеренной преэклампсии и гестационной артериальной гипертензии в сроке с 24 до 33 недель при отсутствии отрицательной динамики состояния матери и плода	Да/Нет

3.15.6.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи при преэклампсии, эклампсия, отеках, протеинурии и гипертензивных расстройствах во время беременности, в родах и послеродовом периоде (коды по МКБ - 10: O10 (O10.0, O10.1, O10.2, O10.3, O10.4, O10.9), O11, O12 (O12.0, O12.1, O12.2), O13, O14 (O14.0, O14.1, O14.9), O15 (O15.0, O.15.1, O15.2, O15.9), O16)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях верхних конечностей (при каждом визите беременной пациентки, с определением диастолического давления по фазе тонов Короткова 5 (K5 = исчезновение шумов) или 4 (затихание), если K5 не поддается измерению, на обеих руках и	Да/Нет
2.	Выполнено определение белка в моче (при подозрении на преэклампсию)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня тромбоцитов в крови (при подозрении на преэклампсию)	Да/Нет
4.	Выполнена кардиотокография плода (с 26 недель беременности один раз в неделю при умеренной преэклампсии и ежедневно при тяжелой преэклампсии)	Да/Нет
5.	Назначена терапия антигипертензивными средствами (при впервые выявленном артериальном давлении более 140/90 мм рт. ст., в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Назначена комбинированная терапия 2-3 антигипертензивными средствами (при артериальном давлении $\geq 160/110$ мм рт. ст., в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Произведена госпитализация (при артериальном давлении выше 160/110 мм рт. ст.)	Да/Нет
8.	Выполнена терапия магния сульфатом (при тяжелой преэклампсии и эклампсии при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Проведена профилактика респираторного дистресс-синдрома плода (перед родоразрешением в сроке с 24 до 33 недель 6 дней беременности (за исключением случаев экстренного родоразрешения, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Применена выжидательная тактика ведения при умеренной преэклампсии и гестационной артериальной гипертензии в сроке с 24 до 33 недель при отсутствии отрицательной динамики состояния матери и плода	Да/Нет
11.	Выполнена терапия магния сульфатом (в течение не менее 24 ч во время и по окончании родоразрешения у женщин с тяжелой преэклампсией, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 15 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное (при удовлетворительном состоянии)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
5.	Выполнено определение основных групп крови (A, B, 0) и определение	Да/Нет

	резус-принадлежности	
6.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
7.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 48 часов от момента хирургического вмешательства или появления кровяных выделений (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено повторное ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное	Да/Нет
9.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
10.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

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

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

	отсутствии медицинских противопоказаний)	
14.	Достигнуты индивидуальные целевые значения гликемии натощак и через 1 час после еды и на ночь	Да/Нет

3.15.9. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при внутрипеченочном холестазах при беременности (коды по МКБ - 10: O26.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Рекомендован самоподсчет шевелений плода	Да/Нет
2.	Назначен анализ крови биохимический общетерапевтический (общие желчные кислоты, АЛТ, АСТ, билирубин) не реже 1 раза в 7 дней	Да/Нет
3.	Назначено определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме	Да/Нет
4.	Назначена урсодезоксихолевая кислота (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.15.10. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при внутрипеченочном холестазах при беременности (коды по МКБ - 10: O26.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Рекомендован самоподсчет шевелений плода	Да/Нет
2.	Назначен анализ крови биохимический общетерапевтический (общие желчные кислоты, АЛТ, АСТ, билирубин) не реже 1 раза в 7 дней	Да/Нет
3.	Назначено определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме	Да/Нет
4.	Назначена урсодезоксихолевая кислота (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Назначено внутривенное или внутримышечное введение адеметионина (при неэффективности урсодезоксихолевой кислоты в стандартных дозах и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено внутримышечное введение бетаметазона в дозе 12 мг 2 раза с интервалом 24 часа или дексаметазона в дозе 6 мг 4 раза с интервалом 12 часов или в дозе 8 мг 3 раза с интервалом 8 часов (суммарная доза 24 мг) при развитии выраженного внутрипеченочного холестаза и риске ятрогенных (индуцированных) преждевременных родов в сроках 26-34 недель беременности (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Проведен непрерывный интранатальный мониторинг в родах с помощью кардиомониторного наблюдения (КТГ)	Да/Нет

3.15.11.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при многоплодной беременности (коды по МКБ - 10: O30, O30.0, O30.1, O30.2, O30.8, O30.9, O31, O31.0, O31.1, O31.2, O31.8, O32.5, O33.7, O43.0, O63.2, O84, O84.0, O84.1, O84.2, O84.8, O84.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Установлен срок беременности в 1-м триместре (при раннем обращении; до 12 недель)	Да/Нет

2.	Установлена многоплодная беременность в 1-м триместре (при раннем обращении, до 12 недель)	Да/Нет
3.	Выполнено направление на скрининг анеуплоидий в 1-м триместре (при обращении пациентки с двойней до 13 недель 6 дней беременности)	Да/Нет
4.	Назначены препараты прогестерона (при укорочении шейки матки менее 25 мм при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.15.11.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи при многоплодной беременности (коды по МКБ - 10: O30, O30.0, O30.1, O30.2, O30.8, O30.9, O31, O31.0, O31.1, O31.2, O31.8, O32.5, O33.7, O43.0, O63.2, O84, O84.0, O84.1, O84.2, O84.8, O84.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Установлен срок беременности в 1-м триместре (при раннем обращении, до 12 недель)	Да/Нет
2.	Установлена многоплодная беременность в 1-м триместре (при раннем обращении, до 12 недель)	Да/Нет
3.	Выполнено направление на скрининг анеуплоидий в 1-м триместре (при обращении пациентки с двойней до 13 недель 6 дней беременности)	Да/Нет
4.	Проведена терапия препаратами (при укорочении шейки матки менее 25 мм при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Проведена профилактика респираторного дистресс-синдрома плодов в сроке с 24 до 34 недель беременности (при клинических проявлениях угрожающих преждевременных родов (повышенный тонус матки, укорочение шейки матки, открытие наружного зева) при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.15.12. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи при тазовом предлежании плода (коды по МКБ-10: O32.1, O32.6, O64.1, O64.5, O64.8, O80.1, O80.8, O83.0, O83.1, O83.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование плода в III триместре беременности с верификацией вида предлежания плода	Да/Нет
2.	Предоставлена информация пациентке о возможных рисках и методе родоразрешения	Да/Нет
3.	Предложен наружный поворот плода на головку (при отсутствии медицинских противопоказаний и с согласия беременной)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование плода в III триместре беременности или использованы наружные приемы для определения положения и предлежания плода (перед плановым кесаревым сечением)	Да/Нет
5.	Выполнена кардиотокография плода (непрерывно, в родах)	Да/Нет
6.	Выполнено ведение партограммы	Да/Нет

3.15.13. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи при послеоперационном рубце на матке, требующем предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде (коды по МКБ - 10: O34.2, O75.7)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Выполнен сбор акушерско-гинекологического анамнеза и жалоб (с целью оценки вероятности успешных влагалищных родов с рубцом на матке)	Да/Нет
2.	Выполнена оценка зрелости шейки матки по шкале Бишоп (при поступлении в стационар)	Да/Нет
3.	Выполнена катетеризация артерий конечностей (роженице, при начале родовой деятельности)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование пульса (в родах, непрерывно)	Да/Нет
5.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях (в родах, непрерывно)	Да/Нет
6.	Выполнена кардиотокография плода (в родах)	Да/Нет
7.	Проведено заполнение партограммы	Да/Нет
8.	Выполнено мануальное наблюдение за тонусом матки (в течении 6 часов после родов: в течении первых 2 часов - каждые 15 минут, в течении 3-го часа - каждые 30 минут, в течении следующих 3 часов - каждые 60 минут)	Да/Нет
9.	Выполнено исследование пульса (у матери, в течении 6 часов после родов: в течении первых 2 часов - каждые 15 минут, в течении 3-го часа - каждые 30 минут, в течении следующих 3 часов - каждые 60 минут)	Да/Нет
10.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях (у матери, в течении 6 часов после родов: в течении первых 2 часов - каждые 15 минут, в течении 3-го часа - каждые 30 минут, в течении следующих 3 часов - каждые 60 минут)	Да/Нет
11.	Проведено мануальное наблюдение за тонусом матки в течение 6 часов после родов: в течении первых 2 часов - каждые 15 минут, в течении 3-го часа - каждые 30 минут, в течении следующих 3 часов - каждые 60 минут	Да/Нет
12.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное и/или ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное (в раннем послеродовом периоде для оценки состояния стенки матки)	Да/Нет

3.15.14.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при истмико-цервикальной недостаточности (коды по МКБ - 10: O34.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр шейки матки в зеркалах	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
4.	Выполнено микроскопическое исследование влагалищных мазков	Да/Нет
5.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудители инфекций, передаваемых половым путем (<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i>)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование шейки матки с кратностью 1 раз в 1-2 недели (УЗ-цервикометрия) (с 15 до 24 недель беременности)	Да/Нет
7.	Проведено введение акушерского разгружающего поддерживающего кольца (пессария) или наложение швов на шейку матки (серкляж) (при одноплодной беременности с преждевременными родами или с поздним выкидышем в анамнезе)	Да/Нет
8.	Выполнено введение акушерского разгружающего поддерживающего кольца (пессария) (при многоплодной беременности)	Да/Нет

9.	Назначена терапия прогестероном вагинально по 200 мг в сутки (до 34 недель беременности, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
----	---	--------

3.15.14.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при истмико-цервикальной недостаточности (коды по МКБ - 10: O34.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр шейки матки в зеркалах	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
4.	Выполнено микроскопическое исследование влагалищных мазков	Да/Нет
5.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудители инфекций, передаваемых половым путем (<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i>)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование шейки матки с кратностью 1 раз в 1-2 недели (УЗ-цервикометрия) (с 15 до 24 недель беременности)	Да/Нет
7.	Проведено введение акушерского разгружающего поддерживающего кольца (пессария) или наложение швов на шейку матки (серкляж) (при одноплодной беременности с преждевременными родами или с поздним выкидышем в анамнезе)	Да/Нет
8.	Выполнено введение акушерского разгружающего поддерживающего кольца (пессария) (при многоплодной беременности)	Да/Нет
9.	Проведена терапия прогестероном вагинально по 200 мг в сутки (до 34 недель беременности, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.15.15. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при предлежании плаценты с кровотечением, преждевременной отслойке плаценты, дородовом кровотечении (коды по МКБ-10: O44.1; O45; O46)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено введение внутривенного катетера не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
3.	Выполнено ингаляционное введение кислорода (при сатурации менее 92%)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
5.	Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и определение резус-принадлежности	Да/Нет
6.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) и/или тромбоэластограмма	Да/Нет
7.	Выполнена кардиотокография плода не позднее 30 минут от момента поступления (при удовлетворительном состоянии)	Да/Нет

8.	Выполнено мониторингирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислородом в крови, диуреза)	Да/Нет
9.	Проведена инфузионно-трансфузионная терапия (при кровопотере более 500 мл и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнена коррекция нарушений в системе гемостаза (при наличии нарушений в системе гемостаза)	Да/Нет
11.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
12.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

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

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

3.15.17. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при преждевременных родах (коды по МКБ - 10: O60, O60.0, O60.1, O60.2, O60.3, O47.0, O42)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Назначена токолитическая терапия препаратами первой (при невозможности - второй) линии при угрожающих ПР и начавшихся ПР в сроках беременности 24 недель 0 дней – 33 недель 6 дней	Да/Нет
2.	Выполнено внутримышечное введение бетаметазона в дозе 12 мг 2 раза с интервалом 24 часа или дексаметазона в дозе 6 мг 4 раза с интервалом 12 часов или в дозе 8 мг 3 раза с интервалом 8 часов (суммарная доза 24 мг) при развитии выраженного внутрипеченочного холестаза и риске ятрогенных (индуцированных) преждевременных родов в сроках 26-34 недель беременности (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	

3.15.18. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при преждевременных родах (коды по МКБ - 10: O60, O60.0, O60.1, O60.2, O60.3, O47.0, O42)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня лейкоцитов в крови и исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (при преждевременном разрыве плодных оболочек)	Да/Нет
2.	Проведена токолитическая терапия препаратами первой линии (при угрожающих преждевременных родах и начавшихся преждевременных родах в сроках беременности 24 недели 0 дней – 33 недель 6 дней)	Да/Нет

3.	Выполнено внутривенное введение магния сульфата при преждевременном разрыве плодных оболочек, начавшихся или запланированных (индуцированных) преждевременных родах в 24 недели 0 дней - 33 недели 6 дней беременности (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Проведена антибактериальная терапия (при преждевременном разрыве плодных оболочек)	Да/Нет
5.	Выполнено внутримышечное введение дексаметазона в дозе 24 мг в сутки (12мг дважды в сутки или 8 мг трижды в сутки) при угрожающих родах (повышенный тонус матки, укорочение шейки матки, открытие наружного зева), начавшихся преждевременных родах и при преждевременном разрыве плодных оболочек в сроках беременности 24 недель 0 дней – 33 недели 6 дней	Да/Нет
6.	Выполнено отсроченное пережатие сосудов пуповины после родов (при стабильном состоянии новорожденного и пульсации пуповины более 100 в минуту)	Да/Нет

3.15.19. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи при неудачной попытке стимуляции родов (подготовке шейки матки к родам и родовозбуждении) (коды по МКБ - 10: O61; O61.0; O61.1; O61.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено бимануальное влагалищное исследование (перед преиндукцией и индукцией родов)	Да/Нет
2.	Выполнена кардиотокография плода (перед началом преиндукции/индукции родов и в процессе индукции родов)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Вызван второй врач-акушер-гинеколог или вторая акушерка не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
2.	Вызван врач-анестезиолог-реаниматолог не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
3.	Выполнено ингаляционное введение кислорода не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
4.	Выполнено введение уретнических лекарственных препаратов не позднее 10 минут от момента установления диагноза (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено введение двух внутривенных катетеров не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
6.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза) не позднее 10 минут от момента	Да/Нет

	установления диагноза	
7.	Выполнена катетеризация мочевого пузыря не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
8.	Выполнен наружновнутренний массаж и компрессия матки не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
9.	Выполнено удаление остатков плацентарной ткани и сгустков не позднее 10 минут от момента установления диагноза (при наличии остатков плацентарной ткани и сгустков)	Да/Нет
10.	Выполнено зашивание разрывов мягких родовых путей не позднее 10 минут от момента установления диагноза (при наличии разрывов мягких родовых путей)	Да/Нет
11.	Выполнена тромбоэластограмма	
12.	Выполнена коррекция нарушений в системе гемостаза (при наличии нарушений в системе гемостаза)	Да/Нет
13.	Проведена инфузионно-трансфузионная терапия	Да/Нет
14.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 20 минут от момента установления диагноза при массивной кровопотере, превышающей 30% объема циркулирующей крови (при неэффективности консервативного лечения)	Да/Нет
15.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
16.	Выполнено определение основных групп крови и резус-принадлежности	Да/Нет

3.15.21. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при затрудненных родах [дистоция] вследствие предлежания плечика (коды по МКБ - 10: O66.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Вызван второй врач-акушер-гинеколог и/или врач-неонатолог и/или врач-неонатолог-реаниматолог и/или вторая акушерка и/или врач-анестезиолог-реаниматолог	Да/Нет
2.	Выполнен прием МакРобертс	Да/Нет
3.	Дано указание роженице прекратить тужиться (при дистоции плечиков)	Да/Нет

3.15.22.1. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи при родах одноплодных, самопроизвольно разрешенных в затылочном предлежании (нормальных родах) (коды по МКБ - 10: O80.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение срока беременности и родов по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования плода (при поступлении в стационар)	Да/Нет
2.	Выполнена аускультация плода с помощью стетоскопа или аускультация плода с помощью фетального доплера (в течение не менее 1 минуты, после схватки в латентной фазе первого периода родов каждый час, в активной фазе первого периода родов - каждые 15-30	Да/Нет

	минут, во втором периоде родов каждые 5 минут и после каждой потуги или путем непрерывного мониторинга (КТГ), одновременно с измерением частоты сердцебиения пациентки)	
3.	Выполнено заполнение партограммы	Да/Нет
4.	Выполнено парентеральное введение окситоцина или карбетоцина (в третьем периоде родов, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Проведено отсроченное пересечение пуповины (через 1-3 минуты от момента рождения плода)	Да/Нет
6.	Проведено выделение последа в течение 30 мин от момента рождения плода	Да/Нет
7.	Проведен осмотр последа (после родов)	Да/Нет
8.	Проведен осмотр влагалища (после родов)	Да/Нет
9.	Проведен осмотр промежности (после родов)	Да/Нет
10.	Проведено зашивание разрыва влагалища в промежности и/или зашивание разрыва шейки матки (после родов)	Да/Нет
11.	Проведен осмотр шейки матки в зеркалах (после родов)	Да/Нет

3.15.22.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи при родах одноплодных, разрешенных путем кесарева сечения (коды по МКБ - 10: O82; O82.0; O82.1; O82.2; O82.8; O82.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (перед операцией кесарева сечения и не позднее 72 часов от момента оперативного родоразрешения)	Да/Нет
2.	Выполнено определение основных групп по системе АВ0 (перед хирургическим вмешательством)	Да/Нет
3.	Выполнено определение антигена D системы Резус (резус-фактор) (перед хирургическим вмешательством)	Да/Нет
4.	Установлен внутривенный катетер перед операцией кесарева сечения	Да/Нет
5.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными препаратами, системного действия (перед хирургическим вмешательством, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Проведена терапия окситоцином или карбетоцином (при наличии факторов риска кровотечения) (после извлечения плода, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Применена эластическая компрессия нижних конечностей (после хирургического вмешательства, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, общий белок, мочевины, креатинин, калий, натрий) не позднее 1 часа от	Да/Нет

	момента поступления в стационар	
3.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка и/или прокальцитонина в крови	Да/Нет
5.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
6.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из полости матки с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
7.	Выполнено бактериологическое исследование крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
8.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ, SB, ВВ, SO ₂ , НЬО)	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное и/или магнитно-резонансная томография брюшной полости и органов малого таза	Да/Нет
10.	Выполнено электрокардиографическое исследование	Да/Нет
11.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислородом в крови, диуреза)	Да/Нет
12.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Проведена инфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

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

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

3.15.25. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при

послеродовом эндометрите (код по МКБ-10: O86.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, мочевины, креатинин, калий, натрий, кальций) не менее 2 раз за период госпитализации	Да/Нет
3.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка и/или прокальцитонина в крови	Да/Нет
5.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное и/или магнитно-резонансная томография брюшной полости и органов малого таза	Да/Нет
7.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из полости матки с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
8.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Проведена инфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.15.26. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при резус-изоиммунизации, гемолитической болезни плода (коды по МКБ - 10: P55, P55.0, P55.8, P55.9, P56, P56.0, P56.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено направление беременной резус-отрицательной пациентки на определение антирезусных антител при 1-м визите и затем при отсутствии антител в 18-20 недель и в 28 недель беременности	Да/Нет
2.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно в 28-30 недель беременности беременной резус-отрицательной пациентке при отсутствии антирезусных антител (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] не изоиммунизированной родильнице внутримышечно в дозе, согласно инструкции к препарату, при рождении резус положительного новорожденного в первые 72 часа после родов.	Да/Нет
4.	Выполнена определение максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии плода	Да/Нет

3.15.27. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при нормальной беременности (коды по МКБ - 10: Z32.1, Z33, Z34.0, Z34.8, Z35.0-Z35.9, Z36.0, Z36.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение срока беременности и родов при 1-м визите беременной пациентки	Да/Нет
2.	Выполнено измерение артериального давления при каждом визите	Да/Нет
3.	Выполнено измерение высоты дна матки при каждом визите беременной пациентки и ведение гравидограммы после 20 недель беременности	Да/Нет
4.	Выполнено определение частоты сердцебиения плода при помощи акушерского стетоскопа после 20 недель беременности или при помощи фетального доплера после 12 недель беременности при каждом визите беременной пациентки	Да/Нет
5.	Выполнено направление беременной пациентки на исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 (далее – ВИЧ) и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agr24) в крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности	Да/Нет
6.	Выполнено направление беременной пациентки на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности	Да/Нет
7.	Выполнено направление беременной пациентки на определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности	Да/Нет
8.	Выполнено направление беременной пациентки на определение антигена стрептококка группы В (<i>S. agalactiae</i>) в отделяемом цервикального канала в 35-37 недель беременности	Да/Нет
9.	Выполнено направление беременной пациентки на микроскопическое исследование влагалищных мазков при 1-м визите и в 3-м триместре беременности	Да/Нет
10.	Выполнено направление беременной пациентки на микробиологическое (культуральное) исследование средней порции мочи на бактериальные патогены однократно на выявление бессимптомной бактериурии при 1-м визите	Да/Нет
11.	Выполнено направление беременной пациентки на определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) однократно при 1-м визите	Да/Нет
12.	Выполнено направление беременной резус-отрицательной пациентки на определение антирезусных антител при 1-м визите и затем при отсутствии антител в 18-20 недель и в 28 недель беременности	Да/Нет
13.	Выполнено направление беременной пациентки на проведение общего (клинического) анализа крови при 1-м визите, во 2-м и в 3-м триместре беременности	Да/Нет

14.	Выполнено направление беременной пациентки на определение нарушения углеводного обмена при 1-м визите и в 24-26 недель беременности и на проведение перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) с 75 г глюкозы в 24-28 недель беременности в случае, если у нее не было выявлено нарушение углеводного обмена	Да/Нет
15.	Выполнено направление беременной пациентки исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови однократно при 1-м визите	Да/Нет
16.	Выполнено направление беременной пациентки на проведение общего (клинического) анализа мочи при 1-м визите, во 2-м и в 3-м триместре беременности для выявления протеинурии	Да/Нет
17.	Выполнено направление беременной пациентки на ультразвуковое скрининговое исследование при сроке беременности одиннадцатая - четырнадцатая недели по оценке антенатального развития плода с целью выявления хромосомных аномалий, пороков развития, рисков задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии (скрининг I)	Да/Нет
18.	Выполнено направление беременной пациентки на ультразвуковое скрининговое исследование при сроке беременности восемнадцатая - двадцать первая недели по оценке антенатального развития плода с целью выявления хромосомных аномалий, пороков развития, рисков задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии (скрининг II)	Да/Нет
19.	Выполнено назначение фолиевой кислоты перорально беременной пациентке на протяжении первых 12 недель беременности в дозе 400 мкг в день (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
20.	Выполнено назначение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно в 28-30 недель беременности беременной резус-отрицательной пациентке при отсутствии антирезусных антител (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

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

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка физического развития новорожденного по центильным таблицам при рождении	Да/Нет
2.	Выполнена оценка гестационного возраста и физического развития новорожденного по шкале Балларда не позднее 36 часов от момента рождения	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, общий белок, общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин, креатинин, мочевины) не позднее 24 часов от момента	Да/Нет

	рождения	
4.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ) не реже 1 раза в 24 часа (при дыхательной недостаточности)	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
6.	Выполнена нейросонография	Да/Нет
7.	Выполнено измерение массы тела не реже 1 раза в 24 часа	Да/Нет

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

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

12.	Выполнена оценка гестационного возраста и физического развития новорожденных по шкале Балларда не позднее 36 часов от момента рождения	Да/Нет
13.	Выполнено измерение массы тела не реже 1 раза в 24 часа	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка состояния новорожденного по шкале Апгар на 1 и 5 минуте жизни	Да/Нет
2.	Выполнена оценка состояния новорожденного по шкале Апгар на 10 минуте жизни (при оценке по шкале Апгар ниже 4 баллов на 5 минуте жизни)	Да/Нет
3.	Выполнена нейросонография не позднее 72 часов от момента рождения	Да/Нет
4.	Выполнена консультация врача-невролога не позднее 24 часов от момента проведения нейросонографии	Да/Нет
5.	Выполнена повторная нейросонография не позднее 96 часов от момента проведения предыдущей нейросонографии	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
7.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, лактат, мочевины, калий, натрий, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин) не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
8.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ) не позднее 6 часов от момента рождения или не позднее 5 минут от момента рождения при оценке по шкале Апгар ниже 3 баллов	Да/Нет
9.	Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
10.	Выполнено повторное исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ) не реже 4 раз в 24 часа при оценке по шкале Апгар ниже 3 баллов	Да/Нет
11.	Выполнена терапия противосудорожными лекарственными препаратами (при судорожном синдроме и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman (для недоношенных) или шкале Downes (для доношенных) (не позднее 2 часов и повторно не позднее 6, 12 и 24 часов от момента рождения)	Да/Нет
2.	Выполнена пульсоксиметрия с мониторингом частоты сердечных сокращений не позднее 1 минуты от момента выявления дыхательных нарушений по шкале Silverman (для недоношенных) или шкале Downes (для доношенных)	Да/Нет
3.	Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии показаний)	Да/Нет
4.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, пульса)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ) не реже 1 раза в 24 часа (при дыхательной недостаточности)	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часа от момента выявления дыхательных нарушений	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента выявления дыхательных нарушений	Да/Нет
8.	Отсутствие развития синдрома "утечки воздуха"	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman	Да/Нет
2.	Выполнена пульсоксиметрия с мониторингом частоты сердечных сокращений не позднее 1 минуты от момента выявления дыхательных нарушений	Да/Нет
3.	Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
4.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, пульса)	Да/Нет
5.	Выполнено введение сурфакта (при наличии показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (Ph, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ) не позднее 3 часа от момента выявления дыхательных нарушений по шкале Silverman	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента выявления дыхательных нарушений по шкале	Да/Нет

	Silverman	
8.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента выявления дыхательных нарушений по шкале Silverman	Да/Нет
9.	Отсутствие развития синдрома "утечки воздуха"	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman (для недоношенных) или шкале Downes (для доношенных) при рождении	Да/Нет
2.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (пульса, дыхания, уровня насыщения кислородом в крови) в течение 24 часов от момента рождения	Да/Нет
3.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ) не реже 1 раза в 24 часа (при дыхательной недостаточности)	Да/Нет
4.	Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
5.	Выполнено бактериологическое исследование мокроты или трахеального аспирата на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
6.	Выполнено бактериологическое исследование крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с определением нейтрофильного индекса не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
8.	Выполнен повторный анализ крови развернутый с определением нейтрофильного индекса не позднее 72 часов от момента предыдущего исследования	Да/Нет
9.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
10.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет
11.	Отсутствие развития синдрома "утечки воздуха"	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

1.	Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman (для недоношенных) или шкале Downes (для доношенных) (не позднее 2 часов от момента рождения и повторно не позднее 6 часов и 24 часов от момента рождения)	Да/Нет
2.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови) (при дыхательной недостаточности)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ) не реже 2 раз в 24 часа (при дыхательной недостаточности)	Да/Нет
4.	Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
5.	Выполнено бактериологическое исследование крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с определением нейтрофильного индекса не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
8.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки	Да/Нет
3.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови) и/или пульсоксиметрия не реже 2 раз в 24 часа	Да/Нет
4.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ)	Да/Нет
5.	Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии показаний)	Да/Нет
6.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
7.	Выполнена терапия лекарственными препаратами группы системные глюкокортикостероиды или группы ингаляционные глюкокортикостероиды (при дыхательной недостаточности в	Да/Нет

	зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
8.	Выполнено лечение лекарственными препаратами: группы короткодействующие селективные бета 2-адреномиметики ингаляторно или комбинацией лекарственных препаратов группы селективные бета 2-адреномиметики и группы холинолитики (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение протромбинового времени и/или протромбинового индекса и/или международного нормализованного отношения	Да/Нет
2.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, пульса)	Да/Нет
3.	Выполнена нейросонография не позднее 24 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
4.	Выполнена консультация врача-невролога не позднее 24 часов от момента проведения нейросонографии	Да/Нет
5.	Выполнена повторная нейросонография не позднее 72 часов от момента проведения предыдущей нейросонографии	Да/Нет
6.	Выполнена терапия лекарственными препаратами группы Витамин К и другие системные гемостатики (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Отсутствие прогрессирования кровоизлияния	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена терапия лекарственными препаратами: группы Витамин К и другие системные гемостатики и/или свежзамороженной плазмой не позднее 30 минут от момента выявления кровоточивости (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови с определением уровня тромбоцитов, гематокрита в крови не позднее 12 часов от момента выявления кровоточивости	Да/Нет
3.	Выполнено определение протромбинового времени и/или протромбинового индекса и/или международного нормализованного отношения	Да/Нет

4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование почек и надпочечников	Да/Нет
5.	Выполнена нейросонография	Да/Нет
6.	Выполнено введение лекарственных препаратов группы Витамин К или аналогов не более 5 раз в течение 72 часов в период госпитализации	Да/Нет

3.16.11. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при резус-изоиммунизации. Гемолитическая болезнь плода (коды по МКБ - 10: P55, P55.0, P55.8, P55.9, P56, P56.0, P56.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено направление беременной резус-отрицательной пациентки на определение антирезусных антител при 1-м визите и затем при отсутствии антител в 18-20 недель и в 28 недель беременности	Да/Нет
2.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно в 28-30 недель беременности беременной резус-отрицательной пациентке при отсутствии антирезусных антител (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно при неблагоприятном завершении беременности - после медицинского аборта, выкидыша, внематочной беременности, пузырного заноса, неразвивающейся беременности, антенатальной гибели плода	Да/Нет
4.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] не иммунизированной родильнице внутримышечно в дозе, согласно инструкции к препарату, при рождении резус положительного новорожденного в первые 72 часа после родов.	Да/Нет
5.	Выполнена определение максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии плода	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, свободный билирубин, связанный билирубин)	Да/Нет
3.	Выполнен повторный анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин) (при окрашивании 3-й кожной зоны у недоношенных и 4-й кожной зоны у доношенных новорожденных по шкале Крамера)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с определением количества ретикулоцитов	Да/Нет
5.	Выполнен повторный анализ крови биохимический	Да/Нет

	общетерапевтический (общий билирубин) не позднее 12 часов от момента предыдущего исследования (при наличии риска развития билирубиновой энцефалопатии)	
6.	Выполнена фототерапия и/или заменное переливание крови после оценки уровня общего билирубина с учетом массы тела при рождении (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
7.	Достигнут уровень общего билирубина в крови ниже значений, являющихся показанием для начала фототерапии	Да/Нет
8.	Отсутствие анемии на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.16.13.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при ранней анемии недоношенных (коды по МКБ - 10: P61.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-педиатра или неонатолога первичный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнена нейросонография	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и надпочечников	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня ретикулоцитов в крови	Да/Нет
7.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (с определением уровня железа, ферритина, трансферрина)	Да/Нет
8.	Выполнено измерение частоты сердцебиения (во время гемотрансфузии и в течение 2 часов после гемотрансфузии)	Да/Нет
9.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях (во время гемотрансфузии и в течение 2 часов после гемотрансфузии)	Да/Нет
10.	Выполнено измерение частоты дыхания (во время гемотрансфузии и в течение 2 часов после гемотрансфузии)	Да/Нет
11.	Выполнено определение степени насыщения кислородом гемоглобина (во время гемотрансфузии и в течение 2 часов после гемотрансфузии)	Да/Нет
12.	Выполнено определение объема мочи (во время гемотрансфузии и в течение 2 часов после гемотрансфузии)	Да/Нет
13.	Выполнено визуальное исследование мочи (во время гемотрансфузии и в течение 2 часов после гемотрансфузии)	Да/Нет
14.	Выполнена термометрия общая (во время гемотрансфузии и в течение 2 часов после гемотрансфузии)	Да/Нет
15.	Выполнено назначение лекарственных препаратов железа (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.16.13.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при ранней анемии недоношенных (коды по МКБ - 10: P61.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-педиатра или неонатолога первичный	Да/Нет

2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови (при наличии дыхательных и гемодинамических нарушений)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня молочной кислоты в крови (при наличии дыхательных и гемодинамических нарушений)	Да/Нет
5.	Выполнена нейросонография	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и надпочечников	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня ретикулоцитов в крови	Да/Нет
9.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (с определением уровня железа, ферритина, трансферрина)	Да/Нет
10.	Проведена гемотрансфузия (при снижении уровня гемоглобина до значений, требующих коррекции)	Да/Нет
11.	Выполнено измерение частоты сердцебиения (во время гемотрансфузии и в течение 2 часов после гемотрансфузии)	Да/Нет
12.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях (во время гемотрансфузии и в течение 2 часов после гемотрансфузии)	Да/Нет
13.	Выполнено измерение частоты дыхания (во время гемотрансфузии и в течение 2 часов после гемотрансфузии)	Да/Нет
14.	Выполнено определение степени насыщения кислородом гемоглобина (во время гемотрансфузии и в течение 2 часов после гемотрансфузии)	Да/Нет
15.	Выполнено определение объема мочи (во время гемотрансфузии и в течение 2 часов после гемотрансфузии)	Да/Нет
16.	Выполнено визуальное исследование мочи (во время гемотрансфузии и в течение 2 часов после гемотрансфузии)	Да/Нет
17.	Выполнена термометрия общая (во время гемотрансфузии и в течение 2 часов после гемотрансфузии)	Да/Нет
18.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови (во время и после гемотрансфузии при ухудшении состояния)	Да/Нет
19.	Выполнено исследование уровня калия в крови (во время и после гемотрансфузии при ухудшении состояния)	Да/Нет
20.	Выполнено исследование уровня общего кальция в крови (во время и после гемотрансфузии при ухудшении состояния)	Да/Нет
21.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (не ранее, чем через 2 часа и не позже 24 часов после гемотрансфузии)	Да/Нет
22.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (не ранее, чем через 2 часа и не позже 24 часов после гемотрансфузии)	Да/Нет
23.	Проведена терапия лекарственными препаратами железа (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
24.	Проведено отсроченное пережатие и пересечение пуповины (спустя 60-120 секунд при отсутствии необходимости в немедленном оказании помощи матери или ребенку)	Да/Нет

3.16.14.1. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденной анемии вследствие кровопотери у плода (коды по МКБ - 10: P61.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
-------	--------------------------	-------------------

16.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-неонатолога первичный	Да/Нет
17.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (после рождения)	Да/Нет
18.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови (при наличии дыхательных и гемодинамических нарушений)	Да/Нет
19.	Выполнено исследование уровня молочной кислоты в крови (при наличии дыхательных и гемодинамических нарушений)	Да/Нет
20.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при наличии геморрагического синдрома)	Да/Нет
21.	Выполнена нейросонография	Да/Нет
22.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
23.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и надпочечников	Да/Нет
24.	Выполнена эхокардиография (при наличии гиповолемического шока)	Да/Нет
25.	Проведена гемотрансфузия (при уровне гемоглобина ниже 120 г/л)	Да/Нет
26.	Проведена терапия 0,9% раствора натрия хлорида (до трансфузии эритроцитсодержащих компонентов при тяжелой анемии, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
27.	Выполнено измерение частоты сердцебиения (во время гемотрансфузии и в течение 2 часов после гемотрансфузии)	Да/Нет
28.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях (во время гемотрансфузии и течение 2 часов после гемотрансфузии)	Да/Нет
29.	Выполнено измерение частоты дыхания (во время гемотрансфузии и в течение 2 часов после гемотрансфузии)	Да/Нет
30.	Выполнено определение степени насыщения кислородом гемоглобина (во время гемотрансфузии и в течение 2 часов после гемотрансфузии)	Да/Нет
31.	Выполнено определение объема мочи (во время гемотрансфузии и в течение 2 часов после гемотрансфузии)	Да/Нет
32.	Выполнено визуальное исследование мочи (во время гемотрансфузии и течении 2 часов после гемотрансфузии)	Да/Нет
33.	Выполнена термометрия общая (во время гемотрансфузии и в течение 2 часов после гемотрансфузии)	Да/Нет
34.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови (во время и после гемотрансфузии при ухудшении состояния)	Да/Нет
35.	Выполнено исследование уровня калия в крови (во время и после гемотрансфузии при ухудшении состояния)	Да/Нет
36.	Выполнено исследование уровня общего кальция в крови (во время и после гемотрансфузии при ухудшении состояния)	Да/Нет
37.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (не ранее, чем через 2 часа и не позже 24 часов после гемотрансфузии)	Да/Нет
38.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (не ранее, чем через 2 часа и не позже 24 часов после гемотрансфузии)	Да/Нет
39.	Проведено отсроченное пережатие и пересечение пуповины спустя 60-120 секунд при отсутствии необходимости в немедленном оказании помощи матери или ребенку	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена нейросонография не позднее 24 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
2.	Выполнена консультация врача-невролога не позднее 24 часов от момента проведения нейросонографии	Да/Нет
3.	Выполнена повторная нейросонография не позднее 48 часов от момента проведения предыдущей нейросонографии	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, лактат, мочеви́на, калий, натрий, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин) не позднее 24 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
6.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ) не позднее 6 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
7.	Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
8.	Выполнена терапия противозепилептическими лекарственными препаратами (при судорожном синдроме и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.17. Критерии оценки качества при симптомах, признаках и отклонениях от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках

3.17.1. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при задержке мочи (код по МКБ - 10: R33)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-урологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование мочевого пузыря не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнена катетеризация мочевого пузыря уретральным катетером не позднее 1 часа от момента установления диагноза (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена суправезикальная деривация мочи (цистостомия) не позднее 24 часов от момента поступления в стационар (при невозможности выполнить катетеризацию мочевого пузыря уретральным катетером или	Да/Нет

	наличии медицинских противопоказаний)	
5.	Проведена терапия альфа-адреноблокаторами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено удаление уретрального катетера через 72 часа после назначения терапии альфа-адреноблокаторами катетера (в случае, если он был установлен)	Да/Нет
7.	Выполнена суправезикальная деривация мочи (цистостомия) (при отсутствии самостоятельного мочеиспускания после удаления уретрального катетера)	Да/Нет

3.17.2.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при падениях у пациентов пожилого и старческого возраста (коды по МКБ - 10: W00-W08, W10, W11, W17-W19, R29.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена многофакторная оценка риска падений при выполнении комплексной гериатрической оценки врачом-гериатром и результат оценки риска падений отражен в диагностическом заключении	Да/Нет
2.	Даны рекомендации по немедикаментозному (диета, физические упражнения, коррекция факторов риска) снижению риска падений / или обоснована невозможность немедикаментозной профилактики падений (пациентам в возрасте 60 лет и старше)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (пациентам в возрасте 60 лет и старше)	Да/Нет
4.	Даны рекомендации по коррекции гериатрических синдромов и дано направление к соответствующим врачам-специалистам (при выявлении гериатрических синдромов, повышающих риск падений (при нарушениях зрения и/ или слуха, недержании мочи, затруднениях при ходьбе и т.д.) или обоснована невозможность направления	Да/Нет
5.	Пациент 60 лет и старше, обратившийся за медицинской помощью, опрошен на предмет анамнеза падений, чувства неустойчивости при ходьбе, страха падений	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога	Да/Нет
7.	Проведена оценка риска падений или приведено обоснование нецелесообразности и / или невозможности ее проведения	Да/Нет
8.	Проведено обучение в виде групповой и индивидуальной образовательной программы по профилактике падений и / или обоснована невозможность ее проведения (наличие деменции, тяжелого состояния пациента, отказ больного или др.).	Да/Нет
9.	Проведена коррекция выявленных гериатрических синдромов и модифицируемых факторов риска падений	Да/Нет
10.	Выполнена ортостатическая проба	Да/Нет
11.	У пациентов 60 лет и старше ежегодно проводится оценка зрения и слуха или обоснована невозможность/нецелесообразность проведения оценки	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня 25-ОН витамина Д в крови	Да/Нет
13.	Выполнено назначение колекальциферола (при отсутствии медицинских противопоказаний пациентам в возрасте 60 лет и старше с высоким риском падений и дефицитом витамина 25(ОН) D3)	Да/Нет

3.17.2.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при

падениях у пациентов пожилого и старческого возраста (коды по МКБ - 10: W00-W08, W10, W11, W17-W19, R29.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена комплексная гериатрическая оценка функционального и когнитивного статуса	Да/Нет
2.	Даны рекомендации по немедикаментозному (диета, физические упражнения, коррекция факторов риска) снижению риска падений / или обоснована невозможность немедикаментозной профилактики падений (пациентам в возрасте 60 лет и старше)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (пациентам в возрасте 60 лет и старше)	Да/Нет
4.	Проведена оценка риска падений или приведено обоснование нецелесообразности и / или невозможности ее проведения	Да/Нет
5.	Проведено обучение в виде групповой и индивидуальной образовательной программы по профилактике падений и / или обоснована невозможность ее проведения (наличие деменции, тяжелого состояния пациента, отказ больного или др.).	Да/Нет
6.	Проведена коррекция выявленных гериатрических синдромов и модифицируемых факторов риска падений	Да/Нет
7.	Выполнена оценка риска падений по шкале Морсе у госпитализированных пациентов 60 лет и старше при поступлении в стационар	Да/Нет
8.	У пациентов 60 лет и старше ежегодно проводится оценка зрения и слуха или обоснована невозможность/нецелесообразность проведения оценки	Да/Нет
9.	Пациент 60 лет и старше, обратившийся за медицинской помощью, опрошен на предмет анамнеза падений, чувства неустойчивости при ходьбе, страха падений	Да/Нет
10.	Выполнена ежедневная оценка делирия по Шкале оценки спутанности сознания пациентам 60 лет и старше, госпитализированным в гериатрическое отделение, отделение интенсивной терапии.	Да/Нет
11.	Даны рекомендации по снижению риска падений или обоснована невозможность этих рекомендаций (наличие деменции, тяжелого состояния пациента, отказ больного или др.) (при высоком риске падений)	Да/Нет
12.	Выполнена ортостатическая проба	Да/Нет
13.	Выполнено исследование уровня 25-ОН витамина Д в крови	Да/Нет
14.	Проведена терапия колекальциферолом (при отсутствии медицинских противопоказаний) пациентам в возрасте 60 лет и старше с высоким риском падений и дефицитом витамина 25(ОН) D3	Да/Нет

3.17.3.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при старческой астении (коды по МКБ - 10: R54)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка интенсивности боли	Да/Нет
2.	Разработан индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией врачом-гериатром, содержащий рекомендации по физической активности и комплексы физических упражнений	Да/Нет
3.	Разработан индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией врачом-гериатром, содержащий рекомендации по питанию с потреблением белка 1-1,5 г/ на кг массы тела в сутки при условии СКФ не ниже 30 мл / мин/1,73 м ²	Да/Нет

4.	Разработан индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией врачом-гериатром, содержащий рекомендации по когнитивному тренингу	Да/Нет
5.	Разработан индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией врачом-гериатром, содержащий рекомендации по дополнительным лабораторным и инструментальным обследованиям и консультациям специалистов в соответствии выявленным гериатрическим синдромам и состояниям, оказывающим влияние на течение старческой астении	Да/Нет
6.	Разработан индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией врачом-гериатром, содержащий рекомендации по коррекции выявленных гериатрических синдромов и заболеваний	Да/Нет
7.	Разработан индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией врачом-гериатром, содержащий рекомендации по оптимизации лекарственной терапии с учетом STOPP/START-критериев	Да/Нет
8.	Разработан индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией врачом-гериатром, содержащий рекомендации по использованию средств и методов, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента или функциональные возможности пациента к окружающей среде (средства передвижения, трость, ходунки, протезирование и ортезирование суставов, очки, слуховой аппарат и др.)	Да/Нет
9.	Разработан индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией врачом-гериатром, содержащий рекомендации по организации безопасного быта	Да/Нет
10.	Разработан индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией врачом-гериатром, содержащий информацию об уровне потребности в социальном обслуживании и долговременном уходе, который может быть предоставлен социальной службами	Да/Нет
11.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
12.	Выполнена кистевая динамометрия	Да/Нет
13.	Выполнена комплексная гериатрическая оценка функционального и когнитивного статуса	Да/Нет
14.	Выполнена краткая батарея тестов физического функционирования	Да/Нет
15.	Выполнена ортостатическая проба	Да/Нет
16.	Выполнена оценка 10-летнего риска остеопоротических переломов с использованием шкалы FRAX	Да/Нет
17.	Выполнена оценка зрения	Да/Нет
18.	Выполнена оценка питания с использованием Краткой шкалы оценки питания	Да/Нет
19.	Выполнена объективная аудиометрия	Да/Нет
20.	Выполнено измерение роста, массы тела, расчет индекса массы тела	Да/Нет
21.	Выполнено исследование уровня креатинина в крови и расчет скорости клубочковой фильтрации по формуле СКД-ЕРІ	Да/Нет
22.	Выполнено исследование уровня общего белка в крови	Да/Нет
23.	Выполнено исследование уровня альбумина в крови	Да/Нет
24.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови	Да/Нет
25.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях и измерение частоты сердцебиения	Да/Нет
26.	Индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией передан врачу, непосредственно наблюдающему пациента (врачу-	Да/Нет

	терапевту-участковому, врачу общей практики, семейному врачу, врачу стационара), с целью обеспечения совместного преемственного долгосрочного наблюдения	
27.	Определена потребность пациента в социальном обслуживании и долговременном уходе	Да/Нет
28.	Выполнена оценка когнитивного статуса с использованием Краткой шкалы оценки психического статуса и теста рисования часов или Монреальской шкалы оценки когнитивных функций	Да/Нет
29.	Выполнена оценка эмоционального статуса с использованием шкалы оценки состояния здоровья (PHQ-9) или гериатрической шкалы депрессии (или корнелльской шкалы депрессии у пациентов с деменцией)	Да/Нет
30.	Выполнена оценка базовой функциональной активности по шкале Бартел	Да/Нет
31.	Выполнена оценка инструментальной активности по шкале Лоутона	Да/Нет
32.	Выполнено направление гериатрический кабинет для выполнения комплексной гериатрической оценки (при результате 5 баллов и более по скрининговому опроснику «Возраст не помеха»)	Да/Нет
33.	Составлен план диагностических мероприятий и проведена коррекция выявленных гериатрических синдромов у пациента с результатом 1-2 балла по шкале «Возраст не помеха»	Да/Нет
34.	Проведена оценка наличия ортостатической гипотонии (при лечении артериальной гипертензии наличия перед назначением, после начала антигипертензивной терапии и при ее изменении)	Да/Нет
35.	Выполнен сбор лекарственного анамнеза, оценено наличие полипрагмазии и проведен анализ принимаемых пациентом лекарственных средств с использованием STOPP/START – критериев	Да/Нет
36.	Выполнено исследование уровня 25-ОН витамина Д в крови	Да/Нет
37.	Выполнен скрининг старческой астении с использованием шкалы «Возраст не помеха» (пациентам в возрасте 60 лет и старше)	Да/Нет
38.	Выполнено назначение колекальциферола (при отсутствии медицинских противопоказаний и дефиците/недостатке витамина 25(ОН) D3)	Да/Нет

3.17.3.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при старческой астении (коды по МКБ - 10: R54)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Разработан индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией врачом-гериатром, содержащий рекомендации по физической активности и комплексы физических упражнений	Да/Нет
2.	Разработан индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией врачом-гериатром, содержащий рекомендации по питанию с потреблением белка 1-1,5 г/ на кг массы тела в сутки при условии СКФ не ниже 30 мл / мин/1,73 м ²	Да/Нет
3.	Разработан индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией врачом-гериатром, содержащий рекомендации по когнитивному тренингу	Да/Нет
4.	Разработан индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией врачом-гериатром, содержащий рекомендации по дополнительным лабораторным и инструментальным обследованиям и консультациям специалистов в соответствии выявленным гериатрическим синдромам и состояниям, оказывающим влияние на течение старческой астении	Да/Нет

5.	Разработан индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией врачом-гериатром, содержащий рекомендации по коррекции выявленных гериатрических синдромов и заболеваний	Да/Нет
6.	Разработан индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией врачом-гериатром, содержащий рекомендации по оптимизации лекарственной терапии с учетом STOPP/START-критериев	Да/Нет
7.	Разработан индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией врачом-гериатром, содержащий рекомендации по использованию средств и методов, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента или функциональные возможности пациента к окружающей среде (средства передвижения, трость, ходунки, протезирование и ортезирование суставов, очки, слуховой аппарат и др.)	Да/Нет
8.	Разработан индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией врачом-гериатром, содержащий рекомендации по организации безопасного быта	Да/Нет
9.	Разработан индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией врачом-гериатром, содержащий информацию об уровне потребности в социальном обслуживании и долговременном уходе, который может быть предоставлен социальной службами	Да/Нет
10.	Выполнена оценка интенсивности боли	Да/Нет
11.	Выполнен сбор лекарственного анамнеза, оценено наличие полипрагмазии и проведен анализ принимаемых пациентов лекарственных средств с использованием STOPP/START – критериев	Да/Нет
12.	Выполнен скрининг старческой астении с использованием шкалы «Возраст не помеха» у пациентов 60 лет и старше	Да/Нет
13.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
14.	Выполнена кистевая динамометрия	Да/Нет
15.	Выполнена комплексная гериатрическая оценка функционального и когнитивного статуса	Да/Нет
16.	Выполнена краткая батарея тестов физического функционирования	Да/Нет
17.	Выполнена ортостатическая проба	Да/Нет
18.	Выполнена оценка 10-летнего риска остеопоротических переломов с использованием шкалы FRAX	Да/Нет
19.	Выполнена оценка зрения	Да/Нет
20.	Выполнена оценка питания с использованием Краткой шкалы оценки питания	Да/Нет
21.	Выполнена объективная аудиометрия	Да/Нет
22.	Выполнен расчет индекса массы тела	Да/Нет
23.	Выполнено измерение массы тела	Да/Нет
24.	Выполнено измерение роста	Да/Нет
25.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации по формуле СКД-ЕРІ	Да/Нет
26.	Выполнено исследование уровня креатинина в крови	Да/Нет
27.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови	Да/Нет
28.	Выписной эпикриз содержит индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией	Да/Нет
29.	Определена потребность пациента в социальном обслуживании и долговременном уходе	Да/Нет

30.	Выполнена оценка когнитивного статуса с использованием Краткой шкалы оценки психического статуса и теста рисования часов или Монреальской шкалы оценки когнитивных функций	Да/Нет
31.	Выполнена оценка риска падений по шкале Морсе или на основании результатов краткой батареи тестов физического функционирования и теста «Встань и иди»	Да/Нет
32.	Выполнена оценка эмоционального статуса с использованием шкалы оценки состояния здоровья (PHQ-9) или гериатрической шкалы депрессии (или корнелльской шкалы депрессии у пациентов с деменцией)	Да/Нет
33.	Выполнена оценка базовой функциональной активности по шкале Бартел	Да/Нет
34.	Выполнена оценка инструментальной активности по шкале Лоутона	Да/Нет
35.	Выполнена ежедневная оценка делирия по Шкале оценки спутанности сознания при госпитализации в гериатрическое отделение	Да/Нет
36.	Проведена оценка наличия ортостатической гипотонии (при лечении артериальной гипертензии наличия перед назначением, после начала антигипертензивной терапии и при ее изменении)	Да/Нет
37.	Выполнено исследование уровня 25-ОН витамина Д в крови	Да/Нет
38.	Проведена терапия колекальциферолом (при отсутствии медицинских противопоказаний и дефиците/недостатке витамина 25(ОН) D3)	Да/Нет
39.	Выполнено исследование уровня общего белка в крови	Да/Нет
40.	Выполнено исследование уровня альбумина в крови	Да/Нет
41.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях	Да/Нет
42.	Выполнено измерение частоты сердцебиения	Да/Нет
43.	Выполнено измерение частоты сердцебиения	Да/Нет

3.17.4.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хронической боли у пациентов пожилого и старческого возраста (коды по МКБ - 10: R52,1; R52,2; R52,9; M25,5; M54,5; M54; R10,2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка 10-летнего риска остеопоротического перелома по алгоритму FRAX и/или выполнена рентгенденситометрия у пациента 60 лет и старше с болями в спине	Да/Нет
2.	Выполнен скрининг саркопении с использованием опросника SARC-F и кистевой динамометрии у пациентов в возрасте 60 лет и старше с хронической болью	Да/Нет
3.	Выполнен скрининг старческой астении с использованием шкалы «Возраст не помеха» (у пациентов в возрасте 60 лет и старше с хронической болью)	Да/Нет
4.	Выполнены опросники DN4 у пациентов в возрасте 60 лет и старше с хронической болью	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня 25-ОН витамина Д в крови	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
9.	Выполнена консультация медицинской сестры медико-социальной помощи (пациентам в возрасте старше 60 лет с хронической болью и старческой астенией или выраженным снижением мобильности или потери автономности)	Да/Нет

10.	Выполнена оценка интенсивности боли	Да/Нет
11.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда	Да/Нет
12.	Выполнено составление плана проведения курса лечебной физкультуры	Да/Нет
13.	Выполнено определение риска падений по алгоритму оценки риска падений, оценены факторы риска падений (у пациентов в возрасте 60 лет и старше с хронической болью)	Да/Нет
14.	Выполнено назначение внутрисуставного введения глюкокортикостероидов при неэффективности парацетамола, нестероидных противовоспалительных препаратов, хондроитина сульфата или глюкозамина (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний при боли в коленных суставах или синовите)	Да/Нет
15.	Выполнено назначение глюкозамина (при отсутствии медицинских противопоказаний при боли в суставах)	Да/Нет
16.	Выполнено назначение нестероидных противовоспалительных препаратов для местного применения (при отсутствии медицинских противопоказаний при болях в спине или суставах)	Да/Нет
17.	Выполнено назначение колекальциферола (при отсутствии медицинских противопоказаний при недостаточности (дефиците) витамина D)	Да/Нет
18.	Выполнено назначение противоэпилептических препаратов (прегабалин, габапентин) или (при наличии противопоказаний или непереносимости противоэпилептических препаратов) выполнено назначение антидепрессантов (дулоксетин) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний при нейропатической боли)	Да/Нет
19.	Выполнено назначение хондроитина сульфата (при отсутствии медицинских противопоказаний при противопоказаниях к нестероидным противовоспалительным препаратам у пациентов с болью в суставах)	Да/Нет
20.	Выполнено назначение нестероидных противовоспалительных препаратов в минимально эффективных дозах короткими курсами (не более 14 дней) (при отсутствии медицинских противопоказаний при сильной ноцицептивной боли при не онкологической боли)	Да/Нет
21.	Выполнено назначение парацетамола (при отсутствии медицинских противопоказаний при хронической боли слабой или умеренной интенсивности боли)	Да/Нет

3.17.4.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хронической боли у пациентов пожилого и старческого возраста (коды по МКБ - 10: R52.1; R52.2; R52.9; M25.5; M54.5; M54; R10.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка 10-летнего риска остеопоротического перелома по алгоритму FRAX и/или выполнена рентгенденситометрия у пациента 60 лет и старше с болями в спине	Да/Нет
2.	Выполнен скрининг саркопении согласно алгоритму оценки вероятности саркопении (у пациентов в возрасте 60 лет и старше с хронической болью)	Да/Нет
3.	Выполнен скрининг старческой астении с использованием шкалы «Возраст не помеха» (у пациентов в возрасте 60 лет и старше с хронической болью)	Да/Нет

4.	Выполнены опросники DN4 у пациентов в возрасте 60 лет и старше с хронической болью	Да/Нет
5.	Выполнен скрининг хронической боли (у пациентов в возрасте 60 лет и старше с хронической болью)	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня 25-ОН витамина Д в крови	Да/Нет
9.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
10.	Выполнена консультация медицинской сестры медико-социальной помощи (пациентам в возрасте старше 60 лет с хронической болью и старческой астенией или выраженным снижением мобильности или потери автономности)	Да/Нет
11.	Выполнена оценка интенсивности боли	Да/Нет
12.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда	Да/Нет
13.	Выполнено составление плана проведения курса лечебной физкультуры	Да/Нет
14.	Выполнено определение риска падений по алгоритму оценки риска падений, оценены факторы риска падений (у пациентов в возрасте 60 лет и старше с хронической болью)	Да/Нет
15.	Проведено внутрисуставное введение глюкокортикостероидов при неэффективности парацетамола, нестероидных противовоспалительных препаратов, хондроитина сульфата или глюкозамина (при боли в коленных суставах или синовите в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16.	Проведена терапия глюкозамином (при боли в суставах и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17.	Проведена терапия нестероидными противовоспалительными препаратами для местного применения (при отсутствии медицинских противопоказаний при болях в спине или суставах)	Да/Нет
18.	Проведена терапия колекальциферолом (при отсутствии медицинских противопоказаний при недостаточности (дефиците) витамина D)	Да/Нет
19.	Проведена терапия противосудорожными препаратами (прегабалин, габапентин) или (при наличии противопоказаний или непереносимости противосудорожных препаратов) проведена терапия антидепрессантами (дулоксетин) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний при нейропатической боли)	Да/Нет
20.	Проведена терапия хондроитином сульфатом (при отсутствии медицинских противопоказаний при противопоказаниях к нестероидным противовоспалительным препаратам у пациентов с болью в суставах)	Да/Нет
21.	Проведена терапия нестероидными противовоспалительными препаратами в минимально эффективных дозах короткими курсами (не более 14 дней) (при отсутствии медицинских противопоказаний при сильной ноцицептивной боли при не онкологической боли)	Да/Нет
22.	Проведена терапия парацетамолом (при отсутствии медицинских противопоказаний при хронической боли слабой или умеренной интенсивности боли)	Да/Нет

3.17.5.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при кистах челюстно-лицевой области и шеи (коды по МКБ - 10: K04.8, K09, K09.0, K09.2, K09.8, K11.6, Q18.0, Q18.1, Q18.2, Q18.8, D21.0, L72.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-челюстно-лицевого хирурга первичный	Да/Нет
5.	Выполнена прицельная внутриротовая контактная рентгенография (в зависимости от локализации кисты)	Да/Нет
6.	Выполнена панорамная рентгенография нижней челюсти (в зависимости от локализации кисты)	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография нижней челюсти в боковой проекции (в зависимости от локализации кисты)	Да/Нет
8.	Выполнена ортопантограмма (в зависимости от локализации кисты)	Да/Нет

3.17.5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при кистах челюстно-лицевой области и шеи (коды по МКБ - 10: K04.8, K09, K09.0, K09.2, K09.8, K11.6, Q18.0, Q18.1, Q18.2, Q18.8, D21.0, L72.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-челюстно-лицевого хирурга первичный	Да/Нет
5.	Выполнена прицельная внутриротовая контактная рентгенография (в зависимости от локализации кисты)	Да/Нет
6.	Выполнена панорамная рентгенография нижней челюсти (в зависимости от локализации кисты)	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография нижней челюсти в боковой проекции (в зависимости от локализации кисты)	Да/Нет
8.	Выполнена ортопантограмма (в зависимости от локализации кисты)	Да/Нет

3.17.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при врожденных аномалиях костей черепа и лица, врожденных костно-мышечных деформациях головы и лица (коды по МКБ - 10: Q75.0, Q67.2, Q67.3, Q75.3, Q75.1, Q75.4, Q87.0, Q75.5, Q75.8, Q75.9, Q67.0, Q67.1, Q67.4, Q75.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
12.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-челюстно-лицевого хирурга первичный	Да/Нет
13.	Проведено хирургическое вмешательство	Да/Нет

3.18. Критерии оценки качества при травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин

318.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при травме глаза закрытой (коды по МКБ - 10: S04.0, S05.0, S05.1, S05.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение степени тяжести закрытой травмы глаза	Да/Нет
2.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет

3.	Выполнена визометрия	Да/Нет
4.	Выполнена биомикроскопия глазного дна	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование глазного яблока (в-сканирование)	Да/Нет
6.	Проведена хирургическая обработка контузионных разрывов склеры	Да/Нет
7.	Назначены лекарственные препараты группы ингибиторы карбоангидразы и/или группы глюкокортикостероиды, и/или нестероидные противовоспалительные препараты, и/или прочие препараты для лечения заболеваний нервной системы или другие препараты, снижающие проницаемость капилляров, и/или ферментные препараты (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.18.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при травме глаза закрытой (коды по МКБ - 10: S04.0, S05.0, S05.1, S05.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение степени тяжести закрытой травмы глаза	Да/Нет
2.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
3.	Выполнена визометрия	Да/Нет
4.	Выполнена биомикроскопия глазного дна	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование глазного яблока (в-сканирование)	Да/Нет
6.	Проведена хирургическая обработка контузионных разрывов склеры	Да/Нет
7.	Назначены лекарственные препараты группы ингибиторы карбоангидразы и/или группы глюкокортикостероиды, и/или нестероидные противовоспалительные препараты, и/или прочие препараты для лечения заболеваний нервной системы или другие препараты, снижающие проницаемость капилляров, и/или ферментные препараты (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.18.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при черепно-мозговой травме (коды по МКБ - 10: S02.0; S06; S07.1; S07.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-нейрохирургом и/или врачом-травматологом-ортопедом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго	Да/Нет
3.	Выполнена интубация трахеи и искусственная вентиляция легких (при	Да/Нет

	оценке по шкале Глазго 9 баллов и ниже)	
4.	Выполнен нейромониторинг, мониторинг дыхания, кровообращения, оксигенации крови (при оценке Глазго 8 баллов и ниже)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография головного мозга не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
6.	Выполнена контрольная компьютерная томография или магнитно-резонансная компьютерная томография (при хирургическом вмешательстве по поводу внутричерепной гематомы)	Да/Нет
7.	Отсутствие пролежней в период госпитализации	Да/Нет
8.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.18.3. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе скуловой кости и верхней челюсти, переломе нижней челюсти (коды по МКБ-10: S02.4; S02.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-челюстно-лицевым хирургом и/или врачом-стоматологом (врачом-стоматологом детским) и/или врачом-травматологом-ортопедом не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография костей лицевого скелета не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнена репозиция и (или) стабильная фиксация костных отломков	Да/Нет
4.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
5.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.18.4. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при открытой травме глаза и глазницы (коды по МКБ-10: S05.2 - S05.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения	Да/Нет
2.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
3.	Выполнен флюоресцентный тест Зайделя	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография глазницы	Да/Нет
5.	Выполнена хирургическая обработка раны или инфицированной ткани не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
6.	Проведена терапия лекарственными препаратами: антибактериальные и/или группы нестероидные противовоспалительные и/или группы	Да/Нет

	глюкокортикостероиды и/или группы кератопротекторы (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
7.	Достигнута герметизация раны на момент выписки из стационара	Да/Нет
8.	Достигнуто восстановление передней камеры на момент выписки из стационара	Да/Нет
9.	Достигнута нормализация внутриглазного давления на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.18.5.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе (вывихе) грудного и пояснично-крестцового отдела позвоночника (коды по МКБ - 10: S22.0, S22.1, S23.0, S23.1, S32.0, S33.0, S33.1, S33.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный (пациентам с переломом (вывихом) грудного и пояснично-крестцового отдела позвоночника)	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника и/или компьютерная томография позвоночника с мультипланарной и трехмерной реконструкцией, и/или магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел)	Да/Нет
3.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача - травматолога-ортопеда	Да/Нет

3.18.5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе (вывихе) грудного и пояснично-крестцового отдела позвоночника (коды по МКБ - 10: S22.0, S22.1, S23.0, S23.1, S32.0, S33.0, S33.1, S33.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - травматолога-ортопеда (пациентам с переломом (вывихом) грудного и пояснично-крестцового отдела позвоночника)	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника и/или компьютерная томография позвоночника с мультипланарной и трехмерной реконструкцией, и/или магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел)	Да/Нет
3.	Проведен спондилосинтез (пациентам с нестабильным переломом (вывихом) грудного и пояснично-крестцового отдела позвоночника при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.18.6.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе на уровне плечевого пояса и плеча (коды по МКБ - 10: S42.0, S42.1, S42.2, S42.3, S42.4, S42.7, S42.8, S42.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - травматолога-ортопеда	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография пораженной части костного скелета	Да/Нет
3.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача - травматолога-ортопеда	Да/Нет

3.18.6.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе на уровне плечевого пояса и плеча (коды по МКБ - 10: S42.0, S42.1, S42.2, S42.3, S42.4, S42.7, S42.8, S42.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - травматолога-ортопеда	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография пораженной части костного скелета	Да/Нет

3.18.7. Вывихи, растяжения и повреждения капсульно-связочного аппарата и мышцы конечностей (коды по МКБ-10: S43; S46; S53; S56; S63; S66; S73; S76; S83; S86; S96)

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

3.18.8.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при открытой ране запястья и кисти (коды по МКБ - 10: S61.0, S61.1, S61.7, S61.8, S61.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда	Да/Нет
2.	Выполнено наложение повязки (при нарушении целостности кожных покровов)	Да/Нет

3.18.8.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при открытой ране запястья и кисти (коды по МКБ - 10: S61.0, S61.1, S61.7, S61.8, S61.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда	Да/Нет

2.	Выполнено наложение повязки (при нарушении целостности кожных покровов)	Да/Нет
----	---	--------

3.18.9.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при переломе бедренной кости (кроме проксимального отдела бедренной кости) (коды по МКБ - 10: S72.3, S72.4, S72.7, S72.8, S72.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный (пациентам с переломами диафиза и дистального отдела бедренной кости)	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография бедренной кости (пациентам с переломами диафиза и дистального отдела бедренной кости)	Да/Нет
3.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача - травматолога-ортопеда (пациентам с переломами диафиза и дистального отдела бедренной кости)	Да/Нет

3.18.9.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при переломе бедренной кости (кроме проксимального отдела бедренной кости) (коды по МКБ - 10: S72.3, S72.4, S72.7, S72.8, S72.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный (пациентам с переломами диафиза и дистального отдела бедренной кости)	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография бедренной кости (пациентам с переломами диафиза и дистального отдела бедренной кости)	Да/Нет

3.18.10.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при открытой ране голени (коды по МКБ - 10: S81.7, S81.8, S81.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Проведена остановка кровотечения из периферического сосуда (из раны, при наличии кровотечения)	Да/Нет
2.	Проведена хирургическая обработка раны или инфицированной ткани	Да/Нет
3.	Выполнено обезболивание	Да/Нет

3.18.10.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при открытой ране голени (коды по МКБ - 10: S81.7, S81.8, S81.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Проведена остановка кровотечения из периферического сосуда (из раны, при наличии кровотечения)	Да/Нет
2.	Проведена хирургическая обработка раны или инфицированной ткани	Да/Нет
3.	Выполнено обезболивание	Да/Нет

3.18.11.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при переломе костей голени (коды по МКБ - 10: S82.1, S82.2, S82.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача — травматолога-ортопеда первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет

5.	Выполнена компьютерная томография нижней конечности и/или компьютерная томография коленного сустава (при установлении диагноза) по показаниям	Да/Нет
6.	Выполнено назначение услуг по медицинской реабилитации пациенту, перенесшему операцию на опорно-двигательной системе (после хирургического вмешательства)	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография большой берцовой и/или малой берцовой костей и/или диафиза большой берцовой и/или малой берцовой костей и/или коленного сустава (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнена контрольная рентгенография большой берцовой и/или малой берцовой костей и/или диафиза большой берцовой и/или малой берцовой костей и/или коленного сустава	Да/Нет

3.18.11.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при переломе костей голени (коды по МКБ - 10: S82.1, S82.2, S82.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача — травматолога-ортопеда (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография нижней конечности и/или компьютерная томография коленного сустава (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными препаратами системного действия до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено назначение услуг по медицинской реабилитации пациенту, перенесшему операцию на опорно-двигательной системе (после хирургического вмешательства)	Да/Нет
5.	Выполнена рентгенография большой берцовой и/или малой берцовой костей и/или диафиза большой берцовой и/или малой берцовой костей и/или коленного сустава (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена ультразвуковая доплерография сосудов (артерий и вен) нижних конечностей	Да/Нет
7.	Выполнена контрольная рентгенография большой берцовой и/или малой берцовой костей и/или диафиза большой берцовой и/или малой берцовой костей и/или коленного сустава	Да/Нет

3.18.12.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при вывихе надколенника (коды по МКБ - 10: S83.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен тест предчувствия (Fairbanks тест)	Да/Нет
2.	Выполнен тест на болезненность при пальпации над медиальным надмышечком бедренной кости в месте прикрепления медиальной пателло-фemorальной связки (Bassett's тест)	Да/Нет
3.	Выполнена рентгенография коленного сустава	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография коленного сустава (перед хирургическим вмешательством)	Да/Нет
5.	Выполнено вправление вывиха надколенника	Да/Нет
6.	Выполнено наложение иммобилизационной повязки (при вывихах (подвывихах) суставов)	Да/Нет

3.18.12.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и

детям при вывихе надколенника (коды по МКБ - 10: S83.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен тест предчувствия (Fairbanks тест)	Да/Нет
2.	Выполнен тест на болезненность при пальпации над медиальным надмышцелком бедренной кости в месте прикрепления медиальной пателло-фemorальной связки (Bassett's тест)	Да/Нет
3.	Выполнена рентгенография коленного сустава	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография коленного сустава (перед хирургическим вмешательством)	Да/Нет
5.	Выполнено вправление вывиха надколенника	Да/Нет
6.	Выполнено наложение иммобилизационной повязки (при вывихах (подвывихах) суставов)	Да/Нет
7.	Проведена фиксация костно-хрящевых фрагментов (у детей с функционирующей зоной роста)	Да/Нет
8.	Проведена остеотомия бугристости большеберцовой кости (пациентам с нефункционирующей зоной роста в области бугристости, имеющим увеличение индекса TT-TG (проекционное расстояние между бугристостью большеберцовой кости и блоком бедренной кости) и/или высокое стояние надколенника)	Да/Нет

3.18.13.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при повреждении мениска коленного сустава (коды по МКБ - 10: S83.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача — травматолога-ортопеда	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование сустава и/или магнитно-резонансная томография коленного сустава (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.18.13.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при повреждении мениска коленного сустава (коды по МКБ - 10: S83.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача — травматолога-ортопеда	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование сустава и/или магнитно-резонансная томография коленного сустава (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Проведено хирургическое вмешательство (при наличии блокады сустава, затрудняющей нормальное передвижение пациента и выполнение им профессиональной (спортивной) деятельности)	Да/Нет
4.	Проведена артроскопическая менискэктомия коленного сустава или проведен артроскопический шов мениска (пациентам молодого возраста, активно занимающихся спортом, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.18.14.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при повреждении хряща коленного сустава (коды по МКБ - 10: S83.3, M94.2, M94.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография и/или магнитно-резонансная томография и/или ультразвуковое исследование и/или компьютерная томография коленного сустава	Да/Нет

2.	Проведены услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего травму опорно-двигательной системы	Да/Нет
3.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда (прооперированным пациентам)	Да/Нет

3.18.14.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при повреждении хряща коленного сустава (коды по МКБ - 10: S83.3, M94.2, M94.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография и/или магнитно-резонансная томография и/или ультразвуковое исследование и/или компьютерная томография коленного сустава	Да/Нет
2.	Проведено хирургическое вмешательство при наличии показаний и отсутствии медицинских противопоказаний	Да/Нет
3.	Проведены услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего травму опорно-двигательной системы	Да/Нет

3.18.15.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при повреждении связок коленного сустава (коды по МКБ - 10: S83.7, S83.5, M23.5, M23.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача — травматолога-ортопеда (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.18.15.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при повреждении связок коленного сустава (коды по МКБ - 10: S83.7, S83.5, M23.5, M23.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача — травматолога-ортопеда (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Проведено хирургическое вмешательство (при наличии хронической нестабильности коленного сустава, затрудняющей нормальное передвижение пациента и выполнение им профессиональной (спортивной) деятельности) при отсутствии медицинских противопоказаний	Да/Нет

3.18.16.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при ожогах термических и химических, ожогах солнечных, ожогах дыхательных путей (коды по МКБ - 10: T20-T25, T27, T29-T32, L55)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Проведена/назначена терапия анальгетиками (при оценке болевого порога по визуальной аналоговой шкале больше 3 баллов, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Проведена первичная хирургическая обработка раны или туалет раны не позднее 24 часов (при ожоговых ранах)	Да/Нет
3.	Проведено наложение повязки при термических и химических ожогах не позднее 24 часов (при ожоговых ранах)	Да/Нет
4.	Проведено наложение повязки при ожогах с использованием салфеток марлевых медицинских стерильных, пропитанных растворами антисептиков и дезинфицирующих средств или антибиотиками в комбинации с противомикробными средствами в форме мази для наружного применения	Да/Нет

5.	Проведено наложение повязки при ожогах I-II степени с использованием атравматичных повязок или повязок, создающих влажную раневую среду	Да/Нет
6.	Проведено наложение повязки при ожогах III степени в I стадию раневого процесса с использованием салфеток марлевых медицинских стерильных, пропитанных растворами антисептиков и дезинфицирующих средств	Да/Нет
7.	Выполнена оценка состояния ожоговых ран не реже 2 раз в неделю	Да/Нет

3.18.16.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при ожогах термических и химических, ожогах солнечных, ожогах дыхательных путей (коды по МКБ - 10: T20-T25, T27, T29-T32, L55)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня общего гемоглобина в крови (в течение 1 часа от момента поступления в стационар и в динамике через 12, 24 и 48 часов после травмы при ожоговом шоке)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови (в течение 1 часа от момента поступления в стационар и в динамике через 12, 24 и 48 часов после травмы при ожоговом шоке)	Да/Нет
3.	Выполнено мониторирование жизненных функций и параметров (у пациента с обширным ожогом и/или тяжелой ингаляционной травмой, при ожоговом шоке)	Да/Нет
4.	Проведен расчет объема инфузионной терапии в первые 24 часа после ожоговой травмы (при ожоговом шоке)	Да/Нет
5.	Проведено внутривенное введение половины расчетного суточного объема жидкости не позднее 8 часов от момента получения ожоговой травмы (при ожоговом шоке)	Да/Нет
6.	Проведена/назначена терапия анальгетиками (при оценке болевого порога по визуальной аналоговой шкале больше 3 баллов, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнена бронхоскопия не позднее 24 часов от момента поступления в стационар (при ингаляционной травме)	Да/Нет
8.	Проведено ингаляторное введение лекарственных препаратов через небулайзер (при ингаляционной травме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Проведена индивидуальная нутритивная поддержка (при ожоговой болезни)	Да/Нет
10.	Проведена терапия ингибиторами протонного насоса или блокаторами H ₂ -гистаминовых рецепторов (при эрозивно-язвенных изменениях желудочно-кишечного тракта или для их профилактики, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Проведена первичная хирургическая обработка раны или туалет раны не позднее 24 часов (при ожоговых ранах)	Да/Нет
12.	Проведено наложение повязки при термических и химических ожогах не позднее 24 часов (при ожоговых ранах)	Да/Нет
13.	Проведено наложение повязки при ожогах с использованием салфеток марлевых медицинских стерильных, пропитанных растворами антисептиков и дезинфицирующих средств или антибиотиками в комбинации с противомикробными средствами в форме мази для наружного применения	Да/Нет

14.	Проведена некротомия (при глубоких циркулярных ожогах конечностей и шеи, при других глубоких поражениях, когда высок риск сдавления и ишемии формирующимися некротизированными тканями, а также при циркулярных ожогах грудной клетки, ограничивающих ее экскурсию)	Да/Нет
15.	Проведено наложение повязки при ожогах I-II степени с использованием атрауматичных повязок или повязок, создающих влажную раневую среду	Да/Нет
16.	Проведено наложение повязки при ожогах III степени в I стадию раневого процесса с использованием салфеток марлевых медицинских стерильных, пропитанных растворами антисептиков и дезинфицирующих средств	Да/Нет
17.	Проведено наложение повязки при нарушении целостности кожных покровов с использованием в качестве временных покрытий биологических или синтетических повязок (после хирургической некрэктомии (дермабразии) ожогов II степени)	Да/Нет
18.	Проведено наложение повязки при нарушении целостности кожных покровов с использованием в качестве временных покрытий биологических повязок (ксенотрансплантатов) (после хирургической некрэктомии (иссечения) обширных ожогов III степени на гранулирующих ранах)	Да/Нет
19.	Выполнена оценка состояния ожоговых ран не реже 2 раз в неделю	Да/Нет

3.18.17.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при ожогах глаз (коды по МКБ - 10: T26)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
2.	Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения	Да/Нет
3.	Выполнена офтальмотонометрия	Да/Нет
4.	Выполнено незамедлительное обильное промывание глаза водой или натрия хлоридом в течение 15 минут	Да/Нет
5.	Назначена антибактериальная терапия и терапия лекарственными препаратами из групп: нестероидные противовоспалительные препараты, кортикостероиды, прочие препараты для лечения заболеваний глаз (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.18.17.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при ожогах глаз (коды по МКБ - 10: T26)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
2.	Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения	Да/Нет
3.	Выполнена офтальмотонометрия	Да/Нет
4.	Выполнено незамедлительное обильное промывание глаза водой или натрия хлоридом в течение 15 минут (при получении ожога в период не более 7 часов до момента госпитализации в случае если не выполнено амбулаторно)	Да/Нет
5.	Выполнена флюоресцеиновая инстилляционная проба	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии признаков некроза не позднее 24 часов с момента поступления в стационар и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

7.	Проведена антибактериальная терапия и терапия лекарственными препаратами групп: нестероидные противовоспалительные препараты, кортикостероиды, прочие препараты для лечения заболеваний глаз (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
----	---	--------

3.18.18. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при химическом ожоге пищевода (коды по МКБ - 10: T28.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня свободного гемоглобина в плазме крови (при отравлении уксусной кислотой)	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
3.	Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости	Да/Нет
4.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (в первые 48 часов после травмы)	Да/Нет
5.	Проведено экстренное хирургическое вмешательство (при клинических и рентгенологических признаках перфорации пищевода и/или желудка)	Да/Нет
6.	Проведено бужирование пищевода (при формировании рубцовой стриктуры)	Да/Нет

3.18.19.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при отморожениях, гипотермии, других эффектах воздействия низкой температуры (коды по МКБ - 10: T33-T35, T68, T69)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение внутренней температуры тела пострадавшего (при подозрении на общее переохлаждение)	Да/Нет
2.	Проведено пассивное наружное согревание в дореактивном периоде (наложение на пострадавшие сегменты теплоизолирующих повязок на период не менее 12 часов) (при отморожении независимо от предполагаемой степени (глубины) поражения)	Да/Нет
3.	Проведена первичная хирургическая обработка раны или туалет раны (при отморожениях II-IV степени)	Да/Нет
4.	Проведено наложение повязки при нарушении целостности кожных покровов (после первичной хирургической обработки раны или туалета раны при отморожениях II-IV степени)	Да/Нет

3.18.19.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при отморожениях, гипотермии, других эффектах воздействия низкой температуры (коды по МКБ - 10: T33-T35, T68, T69)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение внутренней температуры тела пострадавшего (при подозрении на общее переохлаждение)	Да/Нет
2.	Начато проведение интенсивной терапии в первые 24 часа после получения холодовой травмы (при общем переохлаждении II-IV степени и/или отморожении III-IV степени конечностей вне зависимости от общего состояния)	Да/Нет
3.	Проведен комплекс реанимационных мероприятий, включая согревание, по крайней мере до 32-35°C (при общем переохлаждении при остановке кровообращения на фоне гипотермии при отсутствии у пострадавшего признаков, несовместимых с жизнью)	Да/Нет

4.	Проведена инфузионная терапия (при общем переохлаждении II-IV степени и/или отморожении III-IV степени в дореактивном и раннем реактивном периодах, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Проведена катетеризация подключичной и других центральных вен и/или кубитальной и других периферических вен (при общем переохлаждении II-IV степени и/или отморожении III-IV степени в дореактивном и раннем реактивном периодах, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Проведено согревание (пострадавшего с холодовой травмой при оказании специализированной медицинской помощи, если не было проведено ранее)	Да/Нет
7.	Проведено пассивное наружное согревание в дореактивном периоде (наложение на пострадавшие сегменты теплоизолирующих повязок на период не менее 12 часов) (при отморожении независимо от предполагаемой степени (глубины) поражения)	Да/Нет
8.	Проведена первичная хирургическая обработка раны или туалет раны (при отморожениях II-IV степени)	Да/Нет
9.	Проведено наложение повязки при нарушении целостности кожных покровов (после первичной хирургической обработки раны или туалета раны при отморожениях II-IV степени)	Да/Нет
10.	Проведено хирургическое вмешательство (при отморожениях II-IV степени)	Да/Нет
11.	Проведена некротомия в первые дни после местной холодовой травмы или в экстренном порядке (при наличии или прогнозировании глубоких отморожений IV степени или обширных III степени)	Да/Нет

3.18.20. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при отравлении наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами] (код по МКБ-10: T40)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-токсикологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено определение наличия и уровня лекарственных препаратов и/или психоактивных веществ и/или их метаболитов в моче не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня этанола в крови (газо-жидкостная хроматография) не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при нарушении сознания)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня этанола в моче (газо-жидкостная хроматография) не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при нарушении сознания)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
6.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ, SB, ВВ, SO ₂ , НbO) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар и повторно не позднее 24 часов от момента предыдущего исследования (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести)	Да/Нет

7.	Выполнено исследование уровня миоглобина в моче (при отравлении синтетическими каннабимиметиками и/или при наличии признаков позиционной травмы)	Да/Нет
8.	Выполнена оценка гематокрита (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)	Да/Нет
9.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
10.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, фракции билирубина, аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, креатинфосфокиназа, общий белок, белковые фракции, мочевины, креатинин, амилаза, уровень общего кальция, калия, натрия) (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)	Да/Нет
11.	Выполнен анализ мочи общий (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)	Да/Нет
12.	Выполнена рентгенография черепа не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при нарушении сознания)	Да/Нет
13.	Выполнено рентгенография органов грудной клетки не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
14.	Выполнена электрокардиография не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар (при отравлении кокаином не менее 2 раз или мониторингирование)	Да/Нет
15.	Выполнена консультация врачом-психиатром (при отравлении психодислептиками и/или синтетическими каннабимиметиками и/или кокаином)	Да/Нет
16.	Выполнено введение лекарственных препаратов группы симптоматические противоядия и/или искусственная вентиляция легких не позднее 3 минут от момента поступления в стационар (при отравлении опиоидами, сопровождающемся нарушением дыхания и/или комой)	Да/Нет
17.	Проведена терапия производными бензодиазепина (при отравлении психодислептиками и/или синтетическими каннабимиметиками и/или кокаином и при наличии психомоторного возбуждения)	Да/Нет
18.	Начато проведение форсированного диуреза с ощелачиванием мочи не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
19.	Выполнен кишечный лаваж (при отравлении метадоном)	Да/Нет
20.	Проведена терапия лекарственными препаратами для коррекции водно-электролитных расстройств	Да/Нет
21.	Выполнено введение лекарственных препаратов янтарной кислоты для парентерального введения (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести)	Да/Нет
22.	Выполнена искусственная вентиляция легких при коме (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет

23.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование гемостаза) (при отравлении тяжелой степени тяжести)	Да/Нет
24.	Достигнуто устойчивое восстановление жизненно важных функций	Да/Нет

3.18.21. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при токсическом действии алкоголя (код по МКБ - 10: T51)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-токсикологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 15 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено промывание желудка зондовое не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (если это не было проведено на этапе первичной медико-санитарной помощи)	Да/Нет
3.	Проведен форсированный диурез с ощелачиванием мочи не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ, SB, ВВ, SO ₂ , НbО) не позднее 1-го часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови не позднее 1-го часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня этанола, метанола в крови (газо-жидкостная хроматография) не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня этанола, метанола в моче (газо-жидкостная хроматография) не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
9.	Выполнено исследование уровня 2-пропанола, сивушных масел в крови (газо-жидкостная хроматография)	Да/Нет
10.	Выполнено электрокардиографическое исследование не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
11.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар (в состоянии комы)	Да/Нет
12.	Выполнена рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
13.	Выполнена оценка гематокрита	Да/Нет
14.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
15.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, креатинфосфокиназа, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, общий белок,	Да/Нет

	мочевина, креатинин, калий, натрий, кальций) не менее 2 раз за период госпитализации	
16.	Выполнен общий анализ мочи	Да/Нет
17.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
18.	Выполнено внутривенное капельное введение дезинтоксикационных лекарственных препаратов (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
19.	Проведена терапия гепатопротекторами (при повышении аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы и щелочной фосфатазы более чем в 2 раза и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
20.	Проведена терапия лекарственными препаратами для коррекции водно-электролитных расстройств (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
21.	Выполнено исследование уровня миоглобина в моче (при повышении уровня креатинфосфокиназы и креатинина и мочевины более чем в 2 раза)	Да/Нет
22.	Достигнута нормализация показателей гомеостаза на момент выписки из стационара	Да/Нет
23.	Достигнуто восстановление сознания на момент выписки из стационара	Да/Нет
24.	Выполнена искусственная вентиляция легких при коме (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет

3.18.22. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при токсическом действии окиси углерода (код по МКБ-10: T58)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-токсикологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено исследование карбоксигемоглобина в крови не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня этанола в крови (газо-жидкостная хроматография) не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при нарушении сознания).	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня этанола в моче (газо-жидкостная хроматография) не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при нарушении сознания)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при нарушении сознания)	Да/Нет

6.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ, SB, ВВ, SO ₂ , НbО) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар и повторно не позднее 24 часов от момента предыдущего исследования (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести)	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
8.	Выполнена оценка гематокрита (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)	Да/Нет
9.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, фракции билирубина, креатинфосфокиназа, общий белок, белковые фракции, амилаза, мочевины, креатинин, калий, натрий, кальций) (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)	Да/Нет
10.	Выполнен анализ мочи общий (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)	Да/Нет
11.	Выполнена рентгенография черепа не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при нарушении сознания)	Да/Нет
12.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести)	Да/Нет
13.	Выполнена фибробронхоскопия диагностическая не позднее 1 часа от момента поступления в стационар из очага пожара	Да/Нет
14.	Выполнена электрокардиография не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
15.	Выполнено исследование уровня миоглобина в моче (при повышении уровня креатинфосфокиназы и креатинина и мочевины более чем в 2 раза)	Да/Нет
16.	Выполнено введение специфических антидотов (кислород нормобарический и детоксицирующих лекарственных препаратов) не позднее 5 минут от момента поступления в стационар и/или гипербарическая оксигенация не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести)	Да/Нет
17.	Проведена терапия лекарственными препаратами для коррекции водно-электролитных расстройств не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
18.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование гемостаза) (при отравлении тяжелой степени тяжести)	Да/Нет
19.	Выполнена искусственная вентиляция легких (при коме)	Да/Нет
20.	Восстановление сознания, адекватного поведения (у больных, находившихся в коме, токсической энцефалопатии) при условии госпитализации и начала антидотной и патогенетической терапии не	Да/Нет

	позднее 4 - 6 часов после удаления пострадавшего из очага действия окиси углерода	
21.	Достигнуто устойчивое восстановление жизненно важных функций	Да/Нет

3.18.23. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при отравлениях противосудорожными, седативными, снотворными и противопаркинсоническими средствами и отравлениях психотропными средствами, не классифицированных в других рубриках (коды по МКБ-10: T42; T43)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-токсикологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено определение наличия и уровня лекарственных средств и/или психоактивных веществ и/или их метаболитов в моче не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ, SB, BB, SO ₂ , HbO) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар и повторно не позднее 24 часов от момента предыдущего исследования (при отравлении тяжелой степени тяжести)	Да/Нет
5.	Выполнено оценка гематокрита (при отравлении тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при отравлении тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)	Да/Нет
7.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, фракции билирубина, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, креатинфосфокиназа, общий белок, белковые фракции, мочевины, креатинин, амилаза, уровень общего кальция, калия, натрия) (при отравлении тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)	Да/Нет
8.	Выполнен анализ мочи общий (при отравлении тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)	Да/Нет
9.	Выполнена рентгенография черепа не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при нарушении сознания)	Да/Нет
10.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
11.	Выполнена электрокардиография не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар (при отравлении трициклическими антидепрессантами и/или амфетаминами не менее 2 раз или мониторинговое)	Да/Нет
12.	Выполнена консультация врачом-психиатром (при отравлении	Да/Нет

	амфетаминами, противопаркинсоническими средствами)	
13.	Выполнено введение специфических антидотов (в зависимости от медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
14.	Выполнено введение 4% раствора натрия гидрокарбоната внутривенно капельно не позднее 30 минут от момента установления диагноза отравление amitriptилином (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
15.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы симптоматические противоядия при отравлении amitriptилином средней и тяжелой степени тяжести (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16.	Проведена терапия лекарственными препаратами для коррекции водно-электролитных расстройств не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17.	Начато проведение форсированного диуреза не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
18.	Выполнено промывание желудка зондовое не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отсутствии проведения на догоспитальном этапе)	Да/Нет
19.	Выполнена энтеросорбция и фармакологическая стимуляция кишечника не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести)	Да/Нет
20.	Выполнен кишечный лаваж не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при отравлении тяжелой степени тяжести)	Да/Нет
21.	Выполнена искусственная вентиляция легких при коме (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
22.	Выполнена экстракорпоральная детоксикация (гемодиафильтрация и (или) гемосорбция и (или) гемодиализ) (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
23.	Достигнуто устойчивое восстановление жизненно важных функций	Да/Нет

3.18.24.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при анафилактическом шоке (коды по МКБ - 10: T78.0, T78.2, T80.5, T88.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование пульса, артериального давления на периферических артериях, измерение частоты дыхания (с использованием кардиомонитора или вручную каждые 2-5 минут)	Да/Нет
2.	Выполнено немедленное введение эпинефрина (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Второе введение эпинефрина выполнено внутримышечно не ранее чем через 5 минут после предыдущего введения (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

4.	Введение эпинефрина внутримышечно выполнено в переднебоковую поверхность верхней трети бедра (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено парентеральное введение лекарственных препаратов группы системные глюкокортикостероиды (при отсутствии медицинских противопоказаний при неэффективности эпинефрина)	Да/Нет
6.	Вызвана реанимационная бригада или скорая медицинская помощь	Да/Нет
7.	Выполнена укладка пациента в положение лежа на спине под углом 45° с приподнятым по отношению к голове тазом (положение Тренделенбурга)	Да/Нет

3.18.24.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при анафилактическом шоке (коды по МКБ - 10: T78.0, T78.2, T80.5, T88.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Вызвана реанимационная бригада	Да/Нет
2.	Выполнено исследование пульса, артериального давления на периферических артериях, измерение частоты дыхания (с использованием кардиомонитора или вручную каждые 2-5 минут)	Да/Нет
3.	Выполнено немедленное введение эпинефрина (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Второе введение эпинефрина выполнено внутримышечно не ранее чем через 5 минут после предыдущего введения (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Введение эпинефрина внутримышечно выполнено в переднебоковую поверхность верхней трети бедра (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено мониторирование сердечной деятельности (при внутривенном введении эпинефрина при недостаточном ответе на 2 и более дозы внутримышечного введения эпинефрина)	Да/Нет
7.	Выполнено парентеральное введение лекарственных препаратов группы системные глюкокортикостероиды (при отсутствии медицинских противопоказаний при неэффективности эпинефрина)	Да/Нет
8.	Выполнена подача кислорода при средней скорости потока через лицевую маску (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнена укладка пациента в положение лежа на спине под углом 45° с приподнятым по отношению к голове тазом (положение Тренделенбурга)	Да/Нет

3.19.25. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе дна глазницы (коды по МКБ - 10: S02.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Проведено хирургическое вмешательство	Да/Нет

3.19.26.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при переломе верхней челюсти (коды по МКБ - 10: S02.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Проведено консервативное лечение	Да/Нет
2.	Проведена репозиция и фиксация верхнечелюстного перелома (по данным контрольного рентгенологического исследования)	Да/Нет

3.19.26.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при переломе верхней челюсти (коды по МКБ - 10: S02.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография челюстно-лицевой области (в условиях стационарной медицинской помощи)	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография всего черепа (не менее трех проекций) или компьютерная томография челюстно-лицевой области (перед выпиской из стационара)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный или прием (осмотр, консультация) врача-нейрохирурга первичный (при выявлении клинических признаков черепно-мозговой травмы и гипестезии кожи лица со стороны повреждения)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный (при выявлении клинических признаков патологии уха, горла, носа, а также других органов головы и шеи)	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (при выявлении клинических признаков патологии органа зрения)	Да/Нет
6.	Проведено консервативное лечение	Да/Нет
7.	Проведена репозиция и фиксация верхнечелюстного перелома (по данным контрольного рентгенологического исследования)	Да/Нет

3.19.27. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе скуловой кости (коды по МКБ - 10: S02.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография всего черепа в прямой и боковой (со стороны повреждения) проекциях или компьютерная томография средней зоны лица (при госпитализации и контрольное исследование послеоперационного пациента перед выпиской)	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография скуловых костей в аксиальной и полуаксиальной проекциях или компьютерная томография средней зоны лица (при госпитализации и контрольное исследование послеоперационного пациента перед выпиской)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-нейрохирурга первичный (при выявлении клинических признаков черепно-мозговой травмы)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный (при выявлении клинических признаков патологии уха, горла, носа, а также других органов головы и шеи)	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (при выявлении клинических признаков патологии органа зрения)	Да/Нет
6.	Проведена репозиция и фиксация перелома скуловой кости (по данным контрольного рентгенологического исследования)	Да/Нет

3.19.28.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при переломе нижней челюсти (коды по МКБ - 10: S02.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
4.	Выполнена рентгенография костей лицевого скелета (в прямой и боковой проекциях)	Да/Нет
5.	Проведено наложение временной иммобилизационной повязки (при транспортировке в медицинское учреждение)	Да/Нет
6.	Проведено удаление очагов хронической одонтогенной инфекции из щели перелома	Да/Нет
7.	Проведено обезболивание (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена репозиция и фиксация нижнечелюстного перелома	Да/Нет
9.	Проведена физиотерапия	Да/Нет
10.	Проведена лечебная физкультура при переломе костей	Да/Нет

3.19.28.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при переломе нижней челюсти (коды по МКБ - 10: S02.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
6.	Выполнена рентгенография костей лицевого скелета (в прямой и боковой проекциях)	Да/Нет
7.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (при выявлении клинических признаков черепно-мозговой травмы)	Да/Нет
8.	Проведено удаление очагов хронической одонтогенной инфекции из щели перелома	Да/Нет
9.	Проведено обезболивание (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Проведена репозиция и фиксация нижнечелюстного перелома	Да/Нет
11.	Проведена физиотерапия	Да/Нет
12.	Проведена лечебная физкультура при переломе костей	Да/Нет

3.19.29.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям и взрослым при инородном теле роговицы (коды по МКБ - 10: T15.0, S05.5, S05.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	Да/Нет
2.	Выполнена оценка степени тяжести травмы	Да/Нет
3.	Выполнена визометрия	Да/Нет
4.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
5.	Выполнено исследование переднего сегмента глаза методом бокового освещения (при отсутствии возможности выполнить биомикроскопию)	Да/Нет
6.	Выполнена флюоресцеиновая инстилляционная проба	Да/Нет
7.	Проведено удаление инородного тела роговицы	Да/Нет
8.	Назначена терапия местными анестетиками и/или антибиотиками и/или противомикробными препаратами другими и/или антисептиками и дезинфицирующими средствами и/или глюкокортикостероидами и/или нестероидными противовоспалительными препаратами и/или анатоксином столбнячным и/или антибактериальными препаратами системного действия и/или антиоксидантами и/или	Да/Нет

	вязкоэластическими средствами (в зависимости от медицинских показаний при отсутствии медицинских противопоказаний)	
9.	Проведены фототерапевтическая кератэктомия или поверхностная кератозектомия или передняя послойная кератопластика или сквозная кератопластика	Да/Нет

3.19.29.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям и взрослым при инородном теле роговицы (коды по МКБ - 10: T15.0, S05.5, S05.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	Да/Нет
2.	Выполнена оценка степени тяжести травмы	Да/Нет
3.	Выполнена визометрия	Да/Нет
4.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
5.	Выполнена флюоресцеиновая инстилляционная проба	Да/Нет
6.	Проведено удаление инородного тела роговицы	Да/Нет
7.	Проведена терапия местными анестетиками и/или антибиотиками и/или противомикробными препаратами другими и/или антисептиками и дезинфицирующими средствами и/или глюкокортикостероидами и/или нестероидными противовоспалительными препаратами и/или анатоксином столбнячным и/или антибактериальными препаратами системного действия и/или антиоксидантами и/или вязкоэластическими средствами (в зависимости от медицинских показаний при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведены фототерапевтическая кератэктомия или поверхностная кератозектомия или передняя послойная кератопластика или сквозная кератопластика	Да/Нет

№	Главный внештатный специалист	ФИО 
1.	Главный внештатный специалист по аналитической и судебно-медицинской токсикологии	Изотов Борис Николаевич 17-2/2697 от 04.05.2022
2.	Главный внештатный специалист по анестезиологии-реаниматологии	Молчанов Игорь Владимирович
3.	Главный внештатный специалист по информационным системам в здравоохранении	Зарубина Татьяна Васильевна
4.	Главный внештатный специалист гериатр	Ткачева Ольга Николаевна
5.	Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии	Потекаев Николай Николаевич
6.	Главный внештатный специалист диетолог	Тутельян Виктор Александрович
7.	Главный внештатный специалист по инфекционным болезням	Чуланов Владимир Петрович
8.	Главный внештатный специалист клинический фармаколог	Петров Владимир Иванович
9.	Главный внештатный специалист по клинической лабораторной диагностике	Вавилова Татьяна Владимировна
10.	Главный внештатный специалист колопроктолог	Шельгин Юрий Анатольевич
11.	Главный внештатный специалист по лучевой и инструментальной диагностике	Тюрин Игорь Евгеньевич
12.	Главный внештатный специалист по медицине катастроф	Гончаров Сергей Федорович
13.	Главный внештатный специалист по медицинской профилактике	Дроздова Любовь Юрьевна
14.	Главный внештатный специалист по медицинской психологии	Зинченко Юрий Петрович
15.	Главный внештатный специалист по медицинской реабилитации	Иванова Галина Евгеньевна
16.	Главный внештатный специалист по медицинскому и фармацевтическому образованию	Глыбочко Петр Витальевич
17.	Главный внештатный специалист нейрохирург	Крылов Владимир Викторович
18.	Главный внештатный специалист нефролог	Шилов Евгений Михайлович
19.	Главный внештатный специалист по остеопатии	Мохов Дмитрий Евгеньевич
20.	Главный внештатный специалист оториноларинголог	Дайхес Николай Аркадьевич
21.	Главный внештатный специалист по паллиативной помощи	Невзорова Диана Владимировна
22.	Главный внештатный специалист по патологической анатомии	Франк Георгий Авраамович
23.	Главный внештатный специалист по первой помощи	Дежурный Леонид Игоревич
24.	Главный внештатный специалист пластический хирург	Мантурова Наталья Евгеньевна
25.	Главный внештатный специалист профпатолог	Бухтияров Игорь Валентинович
26.	Главный внештатный специалист пульмонолог	Авдеев Сергей Николаевич

27.	Главный внештатный специалист по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению	Алесян Баграт Гегамович
28.	Главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью мужчин	Аполихин Олег Иванович
29.	Главный внештатный специалист по санаторно-курортному лечению	Никитин Михаил Владимирович
30.	Главный внештатный специалист по спортивной медицине	Поляев Борис Александрович
31.	Главный внештатный специалист стоматолог	Янушевич Олег Олегович
32.	Главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике	Драпкина Оксана Михайловна
33.	Главный внештатный специалист токсиколог	Остапенко Юрий Николаевич
34.	Главный внештатный специалист торакальный хирург	Яблонский Петр Казимирович
35.	Главный внештатный специалист травматолог-ортопед	Мионов Сергей Павлович
36.	Главный внештатный специалист трансплантолог	Готье Сергей Владимирович
37.	Главный внештатный специалист трансфузиолог	Гапонова Татьяна Владимировна
38.	Главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью	Габоян Яна Сергеевна
39.	Главный внештатный специалист по челюстно-лицевой хирургии	Кулаков Анатолий Алексеевич
40.	Главный внештатный специалист эндокринолог	Дедов Иван Иванович
41.	Главный внештатный специалист эпидемиолог	Полибин Роман Владимирович
42.	Главный внештатный детский специалист анестезиолог-реаниматолог	Степаненко Сергей Михайлович
43.	Главный внештатный специалист по гигиене детей и подростков	Милушкина Ольга Юрьевна
44.	Главный внештатный специалист по инфекционным болезням у детей	Лобзин Юрий Владимирович
45.	Главный внештатный детский специалист кардиолог	Школьникова Мария Александровна
46.	Главный внештатный специалист по медицинской генетике	Куцев Сергей Иванович
47.	Главный внештатный детский специалист по медицинской реабилитации	Батышева Татьяна Тимофеевна
48.	Главный внештатный детский специалист нейрохирург	Горельшев Сергей Кириллович
49.	Главный внештатный детский специалист по паллиативной медицинской помощи	Полевиченко Елена Владимировна
50.	Главный внештатный детский специалист ревматолог	Алексеева Екатерина Иосифовна
51.	Главный внештатный детский специалист стоматолог	Климов Андрей Геннадьевич
52.	Главный внештатный детский специалист хирург	Морозов Дмитрий Анатольевич
53.	Главный внештатный специалист по медицинской статистике	Стародубов Владимир Иванович

54.	Главный внештатный специалист по акушерству	Шмаков Роман Георгиевич
55.	Главный внештатный специалист по медицинской микробиологии	Припутневич Татьяна Валерьевна
56.	Главный внештатный специалист по лечебной физкультуре	Еникеев Максим Геннадьевич