

Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи

В соответствии с частью 2 статьи 64 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» приказываю:

1. Утвердить прилагаемые к настоящему приказу критерии оценки качества медицинской помощи.
2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2017 г., регистрационный № 46740).
3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 сентября 2025 года и действует до 1 сентября 2031 года.

Министр

М.А. Мурашко

Критерии оценки качества медицинской помощи

I. Общие положения

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

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

1.3. Критерии оценки качества формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций¹.

II. Критерии оценки качества по группам заболеваний (состояний)

2.1. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ НЕКОТОРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ БОЛЕЗНЯХ

2.1.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при брюшном тифе (инфекция, вызванная *Salmonella Typhi*) у взрослых (коды по МКБ - 10: A01.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнено бактериологическое исследование фекалий, мочи и крови на энтеропатогенную группу (идентификация бактерий культуральным методом с помощью питательных сред и биохимических тестов)	Да/Нет
3.	Выполнено контрольное бактериологическое исследование пробы испражнений и мочи трехкратно после клинического выздоровления	Да/Нет
4.	Выполнены копрологическое исследование и микроскопическое исследование кала на простейших и на яйца и личинки гельминтов однократно	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (в течение первых 12 часов от обращения за медицинской помощью)	Да/Нет

¹ Часть 2 статьи 64 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

6.	Выполнено определение уровня специфических антител к О- и Vi-антигенам к сальмонелле тифи (<i>Salmonella Typhi</i>) и паратифа А (<i>Salmonella Paratyphi A</i>), паратифа В (<i>Salmonella Paratyphi B</i>), паратифа С (<i>Salmonella Paratyphi C</i>) (при диагностике и далее через 7-10 дней)	Да/Нет
7.	Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности (пациентам с тяжелыми и среднетяжелыми формами)	Да/Нет
8.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) или компьютерная томография органов брюшной полости или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости	Да/Нет
10.	Назначено лечение антибактериальными препаратами системного действия (в зависимости от показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнено достижение клинического выздоровления и отрицательного трехкратного контрольного результата бактериологического исследования кала и мочи (проведенного через 5 календарных дней после установления нормальной температуры тела или через 2 календарных дня после окончания этиотропного лечения у декретированных групп пациентов)	Да/Нет

2.1.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при брюшном тифе (инфекция, вызванная *Salmonella Typhi*) у взрослых (коды по МКБ - 10: A01.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 12 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено бактериологическое исследование фекалий, мочи и крови на энтеропатогенную группу (идентификация бактерий культуральным методом с помощью питательных сред и биохимических тестов)	Да/Нет
3.	Выполнено контрольное бактериологическое исследование пробы испражнений и мочи трехкратно после клинического выздоровления	Да/Нет
4.	Выполнены копрологическое исследование и микроскопическое исследование кала на простейших и на яйца и личинки гельминтов однократно	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (в течение первых 12 часов от обращения за медицинской помощью)	Да/Нет
6.	Выполнено определение уровня специфических антител к О- и Vi-антигенам к сальмонелле тифи (<i>Salmonella Typhi</i>) и паратифа А (<i>Salmonella Paratyphi A</i>), паратифа В (<i>Salmonella Paratyphi B</i>), паратифа С (<i>Salmonella Paratyphi C</i>) (при диагностике и далее через 7-10 дней)	Да/Нет
7.	Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности (пациентам с тяжелыми и среднетяжелыми формами)	Да/Нет
8.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) или компьютерная томография органов брюшной полости или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости	Да/Нет
10.	Выполнена дезинтоксикационная терапия (пациентам со среднетяжелой и тяжелой степенями тяжести)	Да/Нет
11.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия (в зависимости от показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
12.	Выполнено достижение клинического выздоровления и отрицательного трехкратного контрольного результата бактериологического исследования кала и мочи (проведенного через 5 календарных дней после установления	Да/Нет

	нормальной температуры тела или через 2 календарных дня после окончания этиотропного лечения у декретированных групп пациентов)	

2.1.2.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при сальмонеллезе у взрослых (коды по МКБ - 10: A02)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый и общий анализ мочи и биохимический анализ общетерапевтический (мочевина, креатинин, электролиты, билирубин, АЛТ, АСТ), и коагулограмма (при тяжелых формах) (не позднее 12 часов от момента поступления в стационар)	Да/Нет
2.	Выполнено микробиологическое (культуральное), или иммунохроматографическое, или серологическое, или молекулярно—биологическое исследование испражнений или ректального мазка или рвотных масс или промывных вод желудка.	Да/Нет
3.	Назначено лечение антимикробными препаратами (при тяжелом и среднетяжелом течении, а также в периоде реконвалесценции у декретированных групп) (при наличии показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый и общий анализ мочи и биохимический анализ общетерапевтический (мочевина, креатинин, электролиты, билирубин, АЛТ, АСТ), и коагулограмма (при тяжелых формах) (не позднее 12 часов от момента поступления в стационар)	Да/Нет
2.	Выполнено микробиологическое (культуральное), или иммунохроматографическое, или серологическое, или молекулярно—биологическое исследование испражнений или ректального мазка или рвотных масс или промывных вод желудка.	Да/Нет
3.	Выполнена оценка обезвоживания по В.И.Покровскому	Да/Нет
4.	Выполнено лечение антимикробными препаратами (при тяжелом и среднетяжелом течении, а также в периоде реконвалесценции у декретированных групп) (при наличии показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено достижение отсутствия жалоб, клинических симптомов и нормализация стула (критерии выписки из стационара)	Да/Нет

2.1.3.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при сальмонеллезе у детей (коды по МКБ - 10: A02.0, A02.1, A02.2, A02.8, A02.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена 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	Да/Нет

	антибактериальным препаратам, 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 и микробиологическое (культуральное) исследование фекалий	
3.	Выполнено лечение пероральными солевыми составами для регидратации (оральная регидратация) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено лечение препаратами кишечных адсорбентов (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение препаратами противодиарейных микроорганизмов (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.1.3.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при сальмонеллезе у детей (коды по МКБ - 10: A02.0, A02.1, A02.2, A02.8, A02.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено измерение массы тела	Да/Нет
2.	Выполнена оценка степени дегидратации	Да/Нет
3.	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, 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 и микробиологическое (культуральное) исследование фекалий	Да/Нет
4.	Выполнено лечение пероральными солевыми составами для регидратации (оральная регидратация) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена инфузионная терапия (при неэффективности пероральной регидратации) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение препаратами кишечных адсорбентов (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено лечение препаратами противодиарейных микроорганизмов (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено промывание желудка (при поступлении в первые 72 часа от начала болезни)	Да/Нет
2.	Выполнена очистительная клизма (при поступлении в первые 72 часа от начала болезни)	Да/Нет
3.	Выполнено комбинированное лечение иммунными сыворотками (антитоксином ботулиническим типа А и/или антитоксином ботулиническим типа В и/или антитоксином ботулиническим типа Е (при неустановленном типе ботулотоксина) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено зондовое питание или парентеральное питание (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

5.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.1.5.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при ротавирусном гастроэнтерите у детей (коды по МКБ - 10: A08.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка степени дегидратации, в том числе с использование шкалы CDS	Да/Нет
2.	Выполнено определение антигенов ротавирусов в образцах фекалий (ИФА), или молекулярно-биологическое исследование фекалий на ротавирусы (ПЦР) или иммунохроматографическое обнаружение антигенов ротавирусов	Да/Нет
3.	Выполнено лечение пероральными солевыми составами для регидратации (оральная регидратация) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено лечение препаратами кишечных адсорбентов(при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение препаратами противодиарейных микроорганизмов (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.1.5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при ротавирусном гастроэнтерите у детей (коды по МКБ - 10: A08.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка степени дегидратации, в том числе с использование шкалы CDS	Да/Нет
2.	Выполнено определение антигенов ротавирусов в образцах фекалий (ИФА), или молекулярно-биологическое исследование фекалий на ротавирусы (ПЦР) или иммунохроматографическое обнаружение антигенов ротавирусов	Да/Нет
3.	Выполнено лечение пероральными солевыми составами для регидратации (оральная регидратация) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено лечение препаратами кишечных адсорбентов(при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение препаратами противодиарейных микроорганизмов (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография легких или томография легких или спиральная компьютерная томография легких	Да/Нет
2.	Выполнено микроскопическое исследование мокроты на микобактерии (<i>Mycobacterium</i> spp.) или микроскопическое исследование бронхоальвеолярной лаважной жидкости на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование плевральной жидкости на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование мочи на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование гнойного отделяемого на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование раневого отделяемого на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование синовиальной жидкости на микобактерий	Да/Нет

	туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование спинномозговой жидкости на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование отделяемого конъюнктивы на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование биоптата бронхо-легочной ткани на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование желчи на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование пунктата пролежня кожи на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) (при установлении диагноза в зависимости от предполагаемой локализации).	
3.	Выполнено направление в противотуберкулезный диспансер в 3-дневный срок для проведения дополнительного обследования пациента при подозрении на туберкулез	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография легких или томография легких или спиральная компьютерная томография легких	Да/Нет
2.	Выполнено микроскопическое исследование мокроты на микобактерии (<i>Mycobacterium</i> spp.) или микроскопическое исследование бронхоальвеолярной лаважной жидкости на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование плевральной жидкости на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование мочи на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование гнойного отделяемого на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование раневого отделяемого на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование синовиальной жидкости на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование спинномозговой жидкости на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование отделяемого конъюнктивы на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование биоптата бронхо-легочной ткани на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование желчи на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование пунктата пролежня кожи на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) (при установлении диагноза в зависимости от предполагаемой локализации).	Да/Нет
3.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i> complex) или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микробиологическое (культуральное) исследование плевральной жидкости на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i> complex) или микробиологическое (культуральное) исследование пунктата пролежня кожи на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i> complex) или микробиологическое (культуральное) исследование спинномозговой жидкости на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i> complex) или микробиологическое (культуральное) отделяемого конъюнктивы на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i> complex) - Микробиологическое	Да/Нет

	(культуральное) исследование бронхоальвеолярной жидкости на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или микробиологическое (культуральное) исследование бронхо-легочной ткани на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или микробиологическое (культуральное) исследование синовиальной жидкости на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или микробиологическое (культуральное) исследование раневого отделяемого на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или микробиологическое (культуральное) исследование синовиальной жидкости на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или микробиологическое (культуральное) исследование костной ткани на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или микробиологическое (культуральное) исследование крови на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или микробиологическое (культуральное) выявление микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) в секрете простаты или микробиологическое (культуральное) выявление микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) в эякуляте (в зависимости от предполагаемой локализации).	
4.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование для определения чувствительности (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) к противотуберкулезным препаратам первого ряда на жидких питательных средах или микробиологическое (культуральное) исследование для определения чувствительности (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) к противотуберкулезным препаратам второго ряда на жидких питательных средах или микробиологическое (культуральное) исследование для определения чувствительности (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) к одному препарату включая резервные на жидких питательных средах или микробиологическое (культуральное) исследование для определения чувствительности (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) к противотуберкулезным препаратам первого ряда на плотных питательных средах или микробиологическое (культуральное) исследование для определения чувствительности (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) к противотуберкулезным препаратам второго ряда на плотных питательных средах(при установлении диагноза в зависимости от предполагаемой локализации).	Да/Нет
5.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование плевральной жидкости на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или молекулярно-биологическое исследование мокроты, бронхоальвеолярной лаважной жидкости или промывных вод бронхов на <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> , или определение ДНК микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) в моче (в том числе после массажа простаты) или молекулярно-биологическое исследование кала на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или молекулярно-биологическое исследование синовиальной жидкости на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или молекулярно-биологическое исследование крови на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) в крови или молекулярно-биологическое исследование препарата нативной подкожной жировой клетчатки или парафинового блока на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или молекулярно-биологическое исследование нативного препарата костной ткани или парафинового блока на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>), или молекулярно-биологическое исследование нативного препарата верхних дыхательных путей или парафинового блока на <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> (микобактерий туберкулеза) или молекулярно-биологическое исследование нативного препарата тканей трахеи и бронхов или парафинового блока на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или молекулярно-биологическое исследование перикардальной жидкости на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium</i>	Да/Нет

	tuberculosis complex) или молекулярно-биологическое исследование нативного препарата тканей средостения/внутригрудных лимфоузлов или парафинового блока на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или исследование гнояного отделяемого на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) методом ПЦР или молекулярно-биологическое исследование раневого отделяемого на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) методом ПЦР или молекулярно-биологическое исследование отделяемого женских половых органов на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) методом ПЦР или молекулярно-биологическое исследование отделяемого конъюнктивы на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) методом ПЦР или молекулярно-биологическое исследование нативного препарата тканей лимфоузла или парафинового блока на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или молекулярно-биологическое исследование для подтверждения принадлежности культуры микобактерий к <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> или нетуберкулезным микобактериям (при установлении диагноза в зависимости от предполагаемой локализации).	
6.	Выполнено определение мутаций ассоциированных с лекарственной устойчивостью в ДНК микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) методом ПЦР в режиме реального времени к препаратам первого ряда или определение мутаций ассоциированных с лекарственной устойчивостью в ДНК микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) методом ПЦР с дальнейшей гибридизацией к препаратам первого ряда или определение мутаций ассоциированных с лекарственной устойчивостью в ДНК микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) методом ПЦР в режиме реального времени к препаратам второго ряда или определение мутаций ассоциированных с лекарственной устойчивостью в ДНК микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) методом ПЦР с дальнейшей гибридизацией к препаратам второго ряда (при установлении диагноза в зависимости от предполагаемой локализации).	Да/Нет
7.	Выполнено лечение противотуберкулезными препаратами, в том числе изониазидом и рифампицином, при лекарственной чувствительности <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , в том числе клинически установленной или выполнено лечение противотуберкулезными препаратами, в том числе рифампицином и одним из препаратов группы фторхинолонов, при лекарственной устойчивости <i>Mycobacterium tuberculosis</i> к изониазиду и чувствительности к рифампицину, подтвержденной бактериологическими или молекулярно-генетическими методами, или выполнено лечение противотуберкулезными препаратами, в том числе бедаквилином, линезолидом, при множественной и пре-широкой лекарственной устойчивости <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , в том числе клинически установленной, или выполнено лечение противотуберкулезными препаратами, в том числе бедаквилином или линезолидом, при широкой лекарственной устойчивости <i>Mycobacterium tuberculosis</i> .	Да/Нет
8.	Выполнено патогенетическое лечение с использованием одного или нескольких медикаментозных средств	Да/Нет
9.	Выполнено симптоматическое лечение для коррекции побочных реакций и/или купирования симптомов заболевания	Да/Нет
10.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-торакального хирурга для решения вопроса о своевременном хирургическом лечении	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном или туберкулезным аллергеном АТР или исследование уровня интерферона-гамма на антигены	Да/Нет

	Мycobacterium tuberculosis complex в крови	
2.	Выполнена спиральная компьютерная томография легких или компьютерная томография органов грудной полости (при положительных результатах пробы с АТР или исследования интерферона-гамма на антигены микобактерий туберкулеза (внутрикожная проба или исследование крови))	Да/Нет
3.	Выполнено микроскопическое исследование мокроты на микобактерии (Mycobacterium spp.) или микроскопическое исследование бронхоальвеолярной лаважной жидкости на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) или микроскопическое исследование плевральной жидкости на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) или микроскопическое исследование мочи на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) или микроскопическое исследование гнояного отделяемого на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) или микроскопическое исследование раневого отделяемого на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) или микроскопическое исследование синовиальной жидкости на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) или микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) или микроскопическое исследование спинномозговой жидкости на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) или микроскопическое исследование отделяемого конъюнктивы на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) или микроскопическое исследование биоптата бронхо-легочной ткани на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) или микроскопическое исследование желчи на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) или микроскопическое исследование пунктата пролежня кожи на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) (при установлении диагноза в зависимости от предполагаемой локализации)	Да/Нет
4.	Выполнено направление в противотуберкулезный диспансер для проведения дополнительного обследования пациента с подозрением на туберкулез органов дыхания в 3-х дневный срок	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена спиральная компьютерная томография легких или компьютерная томография органов грудной полости (при положительных результатах пробы с АТР или исследования интерферона-гамма на антигены микобактерий туберкулеза (внутрикожная проба или исследование крови))	Да/Нет
2.	Выполнено микроскопическое исследование мокроты на микобактерии (Mycobacterium spp.) или микроскопическое исследование бронхоальвеолярной лаважной жидкости на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) или микроскопическое исследование плевральной жидкости на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) или микроскопическое исследование мочи на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) или микроскопическое исследование гнояного отделяемого на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) или микроскопическое исследование раневого отделяемого на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) или микроскопическое исследование синовиальной жидкости на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) или микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) или микроскопическое исследование	Да/Нет

	исследование спинномозговой жидкости на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование отделяемого конъюнктивы на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование биоптата бронхолегочной ткани на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование желчи на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или микроскопическое исследование пунктата пролежня кожи на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) (при установлении диагноза в зависимости от предполагаемой локализации)	
3.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование плевральной жидкости на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или молекулярно-биологическое исследование мокроты, бронхоальвеолярной лаважной жидкости или промывных вод бронхов на <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> , или определение ДНК микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) в моче (в том числе после массажа простаты) или молекулярно-биологическое исследование кала на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) или молекулярно-биологическое исследование синовиальной жидкости на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или молекулярно-биологическое исследование крови на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) в крови или молекулярно-биологическое исследование препарата нативной подкожной жировой клетчатки или парафинового блока на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или молекулярно-биологическое исследование нативного препарата костной ткани или парафинового блока на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>), или молекулярно-биологическое исследование нативного препарата верхних дыхательных путей или парафинового блока на <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> (микобактерий туберкулеза) или молекулярно-биологическое исследование нативного препарата тканей трахеи и бронхов или парафинового блока на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или молекулярно-биологическое исследование перикардальной жидкости на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или молекулярно-биологическое исследование нативного препарата тканей средостения/внутригрудных лимфоузлов или парафинового блока на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или исследование гнойного отделяемого на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) методом ПЦР или молекулярно-биологическое исследование раневого отделяемого на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) методом ПЦР или молекулярно-биологическое исследование отделяемого женских половых органов на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) методом ПЦР или молекулярно-биологическое исследование отделяемого конъюнктивы на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) методом ПЦР или молекулярно-биологическое исследование нативного препарата тканей лимфоузла или парафинового блока на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или молекулярно-биологическое исследование для подтверждения принадлежности культуры микобактерий к <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> или нетуберкулезным микобактериям (при установлении диагноза в	Да/Нет

	зависимости от предполагаемой локализации)	
4.	Выполнено определение мутаций ассоциированных с лекарственной устойчивостью в ДНК микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) методом ПЦР в режиме реального времени к препаратам первого ряда или определение мутаций ассоциированных с лекарственной устойчивостью в ДНК микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) методом ПЦР с дальнейшей гибридизацией к препаратам первого ряда или определение мутаций ассоциированных с лекарственной устойчивостью в ДНК микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) методом ПЦР в режиме реального времени к препаратам второго ряда или определение мутаций ассоциированных с лекарственной устойчивостью в ДНК микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) методом ПЦР с дальнейшей гибридизацией к препаратам второго ряда (при установлении диагноза в зависимости от предполагаемой локализации)	Да/Нет
5.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или микробиологическое (культуральное) исследование плевральной жидкости на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или микробиологическое (культуральное) исследование пунктата пролежня кожи на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или микробиологическое (культуральное) исследование спинномозговой жидкости на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или микробиологическое (культуральное) отделяемого конъюнктивы на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) - Микробиологическое (культуральное) исследование бронхоальвеолярной жидкости на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или микробиологическое (культуральное) исследование бронхо-легочной ткани на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или микробиологическое (культуральное) исследование синовиальной жидкости на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или микробиологическое (культуральное) исследование раневого отделяемого на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или микробиологическое (культуральное) исследование синовиальной жидкости на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или микробиологическое (культуральное) исследование костной ткани на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или микробиологическое (культуральное) исследование крови на микобактерий туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) или микробиологическое (культуральное) выявление микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) в секрете простаты или микробиологическое (культуральное) выявление микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) в эякуляте (в зависимости от предполагаемой локализации)	Да/Нет
6.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование для определения чувствительности (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) к	Да/Нет

	противотуберкулезным препаратам первого ряда на жидких питательных средах или микробиологическое (культуральное) исследование для определения чувствительности (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) к противотуберкулезным препаратам второго ряда на жидких питательных средах или микробиологическое (культуральное) исследование для определения чувствительности (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) к одному препарату включая резервные на жидких питательных средах или микробиологическое (культуральное) исследование для определения чувствительности (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) к противотуберкулезным препаратам первого ряда на плотных питательных средах или микробиологическое (культуральное) исследование для определения чувствительности (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) к противотуберкулезным препаратам второго ряда на плотных питательных средах(при установлении диагноза в зависимости от предполагаемой локализации)	
7.	Выполнено лечение противотуберкулезными препаратами, в том числе изониазидом и рифампицином, при лекарственной чувствительности <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , в том числе клинически установленной или назначено лечение противотуберкулезными препаратами, в том числе рифампицином и одним из препаратов группы фторхинолонов, при лекарственной устойчивости <i>Mycobacterium tuberculosis</i> к изониазиду и чувствительности к рифампицину, подтвержденной бактериологическими или молекулярно-генетическими методами, или назначено лечение противотуберкулезными препаратами, в том числе бедаквилином, линезолидом, при множественной и пре-широкой лекарственной устойчивости <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , в том числе клинически установленной, или назначено лечение противотуберкулезными препаратами, в том числе бедаквилином или линезолидом, при широкой лекарственной устойчивости <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Да/Нет
8.	Выполнена регистрация электрокардиограммы, расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных не реже 1 раза в месяц (при лечении моксифлоксацином и/или бедаквилином и/или деламанидом)	Да/Нет

2.1.8.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при менингококковой инфекции у детей (коды по МКБ-10: A39, Z22.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование слизи с задней стенки глотки, со слизистой носа на менингококк (<i>Neisseria meningitidis</i>)	Да/Нет
2.	Выполнено лечение препаратами системного антибактериального действия (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.1.8.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при менингококковой инфекции у детей (коды по МКБ-10: A39, Z22.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование слизи с задней стенки глотки, со слизистой носа на менингококк (<i>Neisseria meningitidis</i>)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование головного мозга	Да/Нет
3.	Выполнено исследование показателей гемостаза с определением длительности кровотечения, времени свертывания крови, коагулограммы (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при подозрении на генерализованную	Да/Нет

	менингококковую инфекцию)	
4.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность пациентам с подозрением на генерализованную менингококковую инфекцию	Да/Нет
5.	Выполнено лечение препаратами системного антибактериального действия (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнен осмотр анестезиолога-реаниматолога с оценкой по шкале комы Глазго (пациентам с рефрактерным септическим шоком и/или церебральной недостаточностью и/или некупируемым судорожным статусом)	Да/Нет

2.1.9.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при сифилисе (коды по МКБ - 10: A50, A51, A52, A53)

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

2.1.9.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при сифилисе (коды по МКБ - 10: A50, A51, A52, A53)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнено 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)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ спинномозговой жидкости (Исследование уровня белка в спинномозговой жидкости и цитологическое исследование клеток спинномозговой жидкости) и определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в реакции непрямой	Да/Нет

	иммунофлюоресценции (РИФ) в ликворе, и определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в ликворе, и определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) (качественное и полуколичественное исследование) в ликворе (при установлении диагноза нейросифилис)	
4.	Выполнена консультация невролога и/или консультация терапевта, и/или консультация офтальмолога при подозрении на специфическое поражение внутренних органов, опорно-двигательного аппарата	Да/Нет
5.	Выполнено проведение полного курса специфической терапии препаратами бензилпенициллина или цефтриаксоном по схемам, соответствующим установленному диагнозу	Да/Нет
6.	Выполнено микроскопическое исследование специфических элементов на бледную трепонему (<i>Treponema pallidum</i>) и/или молекулярно-биологическое исследование (определение ДНК <i>Treponema pallidum</i>) отделяемого (серозного экссудата) эрозивно-язвенных элементов кожи и слизистых оболочек и/или определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) (серологическими методами) (для подтверждения диагноза сифилиса)	Да/Нет
7.	Выполнено лечение пенициллинами или антибактериальными препаратами системного действия резерва (цефтриаксон, доксициклин, эритромицин)	Да/Нет
8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.1.10.1. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнено микроскопическое, молекулярно-биологическое, микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов и/или уретры, слизистой оболочки прямой кишки на гонококк (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	Да/Нет
3.	Назначено лечение цефтриаксоном или цефотаксимом или цефиксимом или спектиномицином	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.1.11.1. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнены исследования молекулярно-биологическими методами	Да/Нет
3.	Назначено лечение доксициклином или офлоксацином или миноциклином	Да/Нет
4.	Назначено лечение азитромицином или амоксициллином беременным, женщинам в период лактации	Да/Нет
5.	Назначено лечение азитромицином или эритромицином детям	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнено подтверждение диагноза: исследование отделяемого женских половых	Да/Нет

	органов на и/или из уретры на трихомонас вагиналис (<i>Trichomonas vaginalis</i>); микроскопическим методом, и/или молекулярно-биологическим методом и/или культуральным методом исследования	
3.	Назначено лечение метронидазолом или тинидазолом или орнидазолом	Да/Нет

2.1.13.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при аногенитальной герпетической вирусной инфекции (коды по МКБ - 10: A60 (A60.0, A60.1, A60.9))

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

2.1.14.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при аногенитальных (венерических) бородавках (коды по МКБ - 10: A63.0)

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

2.1.15.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при уrogenитальных заболеваниях, вызванных *Mycoplasma genitalium* (коды по МКБ - 10: A63.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнено: молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на микоплазму гениталиум (<i>Mycoplasma genitalium</i>) и/или молекулярно-биологическое исследование спермы на микоплазму гениталиум (<i>Mycoplasma genitalium</i>) (метод ПЦР, ПЦР в реальном времени):	Да/Нет
3.	Назначено лечение доксициклином и азитромицином или доксициклином и моксифлоксацином при уретрите и/или цервиците, вызванным <i>Mycoplasma genitalium</i>	Да/Нет
4.	Назначено лечение доксициклином или моксифлоксацином при сальпингоофорите и/или эндометрите, вызванным <i>Mycoplasma genitalium</i>	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.1.15.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при уrogenитальных заболеваниях, вызванных *Mycoplasma genitalium* (коды по МКБ - 10: A63.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнено: молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на микоплазму гениталиум (<i>Mycoplasma genitalium</i>) и/или молекулярно-биологическое исследование спермы на микоплазму гениталиум (<i>Mycoplasma genitalium</i>) (метод ПЦР, ПЦР в реальном времени):	Да/Нет
3.	Выполнено лечение доксициклином и азитромицином или доксициклином и моксифлоксацином при уретрите и/или цервиците, вызванным <i>Mycoplasma genitalium</i>	Да/Нет
4.	Выполнена терапия доксициклином или моксифлоксацином при сальпингоофорите и/или эндометрите, вызванным <i>Mycoplasma genitalium</i>	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.1.16.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при остром гепатите А (ГА) у взрослых (коды по МКБ - 10: B15) (без печеночной комы)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ГГТ, ЩФ, билирубин общий, связанный билирубин, свободный билирубин, глюкоза)	Да/Нет

2.1.16.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром гепатите А (ГА) у взрослых (коды по МКБ - 10: B15) (без печеночной комы)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ГГТ, ЩФ, билирубин общий, связанный билирубин, свободный билирубин, глюкоза)	Да/Нет
2.	Выполнена коагулограмма	Да/Нет
3.	Выполнено определение методом ИФА в крови anti-HAV IgM, HBsAg, anti-HBcor IgM, суммарные антитела к вирусу гепатита С (anti-HCV)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
5.	Выполнена дезинтоксикационная терапия (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено достижение снижения уровня АЛТ менее 150 Ед/л (критерий выписки из стационара)	Да/Нет
7.	Выполнено достижение снижения уровня билирубина в крови до 40 мкмоль/л и менее (критерий выписки из стационара)	Да/Нет
8.	Выполнено достижение повышения протромбинового индекса не ниже 80% (критерий выписки из стационара)	Да/Нет

2.1.17.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при остром гепатите В (ГВ) у взрослых (коды по МКБ-10: B16) (без печеночной комы)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врача-инфекциониста	Да/Нет

2.1.17.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром гепатите В (ГВ) у взрослых (коды по МКБ-10: B16) (без печеночной комы)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врача-инфекциониста	Да/Нет
2.	Выполнен биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ГГТ, щ/ф, билирубин, глюкоза, исследование уровня общего белка в крови, уровня альбумина в крови, определение соотношения белковых фракций)	Да/Нет
3.	Выполнена коагулограмма	Да/Нет
4.	Выполнено определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови и антител класса М к ядерному антигену (anti-HBc IgM) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
6.	Выполнено дезинтоксикационная терапия (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

7.	Выполнено достижение снижения уровня АЛТ менее 150 Ед/л (критерий выписки из стационара)	Да/Нет
8.	Выполнено достижение снижения уровня билирубина в крови до 40 мкмоль/л и менее (критерий выписки из стационара)	Да/Нет
9.	Выполнено достижение повышения протромбинового индекса не ниже 80% (критерий выписки из стационара)	Да/Нет
10.	Выполнено определение анти-HDV IgM или РНК HDV	Да/Нет

2.1.18.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при остром гепатите В (ОГВ) у детей (коды по МКБ - 10: B16)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор эпидемиологического анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, качественное исследование и определение антител к поверхностному антигену (anti-HBs) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, качественное исследование, и определение антител класса G к ядерному антигену (anti-HBc IgG) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови	Да/Нет
3.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование крови (ПЦР) на вирус гепатита В (Hepatitis B virus)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства	Да/Нет

2.1.18.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при остром гепатите В (ОГВ) у детей (коды по МКБ - 10: B16)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор эпидемиологического анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, качественное исследование и определение антител к поверхностному антигену (anti-HBs) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, качественное исследование, и определение антител класса G к ядерному антигену (anti-HBc IgG) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови	Да/Нет
3.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование крови (ПЦР) на вирус гепатита В (Hepatitis B virus)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства	Да/Нет
5.	Выполнено лечение препаратами глюкокортикоидов (пациентам с тяжелым течением (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний))	Да/Нет

2.1.19.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при остром гепатите С (ОГС) у взрослых (коды по МКБ - 10: B17.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ГГТ, щелочная фосфатаза, общий билирубин, прямой билирубин, общий белок, альбумин, глюкоза, холестерин)	Да/Нет

2.1.19.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром гепатите С (ОГС) у взрослых (коды по МКБ - 10: B17.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения

1.	Выполнен биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ГГТ, щелочная фосфатаза, общий билирубин, прямой билирубин, общий белок, альбумин, глюкоза, холестерин)	Да/Нет
2.	Выполнена коагулограмма	Да/Нет
3.	Выполнено определение методом ИФА в крови anti-HAV IgM, HBsAg, anti-HBcor IgM, суммарные антитела к вирусу гепатита С (anti-HCV IgG)	Да/Нет
4.	Выполнено определение РНК вируса гепатита С в крови методом ПЦР (качественное исследование)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
6.	Выполнена дезинтоксикационная терапия (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено достижение снижения уровня АЛТ менее 150 Ед/л (критерий выписки из стационара)	Да/Нет
8.	Выполнено достижение снижения уровня билирубина в крови до 40 мкмоль/л и менее (критерий выписки из стационара)	Да/Нет
9.	Выполнено достижение повышения протромбинового индекса не ниже 80% (критерий выписки из стационара)	Да/Нет

2.1.20.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при остром гепатите С (ОГС) у детей (коды по МКБ - 10: B17.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор эпидемиологического анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено исследование суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus)	Да/Нет
3.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование крови (ПЦР) на вирус гепатита С (Hepatitis C virus)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства	Да/Нет

2.1.20.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при остром гепатите С (ОГС) у детей (коды по МКБ - 10: B17.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор эпидемиологического анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено исследование суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus)	Да/Нет
3.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование крови (ПЦР) на вирус гепатита С (Hepatitis C virus)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства	Да/Нет
5.	Выполнено лечение препаратами глюкокортикоидов (пациентам с тяжелым течением) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.1.21.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хроническом вирусном гепатите D (ХВГD) у взрослых (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 анализ крови биохимический общетерапевтический (при	Да/Нет

	установлении диагноза и 2 раза в год после завершения противовирусной терапии)	
3.	Выполнено определение активности аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ) в крови (2 раза в год пациентам, завершившим этиотропное (противовирусное) лечение)	Да/Нет
4.	Выполнено определение антител к вирусу гепатита D (Hepatitis D virus) в крови (anti-BГD) (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено определение РНК вируса гепатита D (Hepatitis D virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование (при установлении диагноза однократно пациентам и пациентам, завершившим противовирусную терапию 2 раза в год)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня альфа-фетопroteина в сыворотке крови (пациентам с F3-F4 по METAVIR) (при установлении диагноза, и далее - 2 раза в год)	Да/Нет
7.	Выполнено определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, качественное исследование (пациентам, завершившим противовирусное лечение) (1 раз в год)	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза и пациентам с F0-F2 по METAVIR 1 раз в год и пациентам с F3-F4 по METAVIR 2 раза в год)	Да/Нет
9.	Выполнены эластометрия печени и/или расчетные индексы фиброза (APRI, FIB-4) (при установлении диагноза, далее 1 раз в год)	Да/Нет
10.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза, далее 1 раз в год)	Да/Нет
11.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при подозрении на очаговое образование печени) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
12.	Выполнен диспансерный прием врача-инфекциониста или врача общей практики (семейного врача) или врача-терапевта или врача-гастроэнтеролога	Да/Нет
13.	Выполнен диспансерный прием врача-инфекциониста или врача общей практики или врача-терапевта или врача-гастроэнтеролога (пациентам, завершившим этиотропную (противовирусную) терапию) (2 раза в год)	Да/Нет

2.1.22.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи при хроническом вирусном гепатите С (коды по МКБ - 10: B18.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение anti-HCV (при проведении скрининга)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ РНК ВГС или HCVcAg (при первичном выявлении anti-HCV)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический с оценкой АЛТ, АСТ, общего билирубина и его фракций (свободный и связанный билирубин), креатинина и общий (клинический) анализ крови развернутый (при циррозе и/или признаках внепеченочных проявлений ХВГС)	Да/Нет
4.	Выполнено определение уровня альфа-фетопroteина в сыворотке крови (пациентам с F3-F4 по METAVIR)	Да/Нет
5.	Выполнена неинвазивная диагностика фиброза (расчетные индексы фиброза или эластометрия печени) и УЗИ органов брюшной полости	Да/Нет

	(комплексное)	
6.	Выполнен общий развернутый (клинический) анализ крови (при лечении рибавирином) каждые 2-4 недели противовирусной терапии	Да/Нет
7.	Выполнено определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование (при инициации терапии и через 12 недель после окончания терапии)	Да/Нет
8.	Выполнено диспансерное наблюдение	Да/Нет

2.1.22.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи при хроническом вирусном гепатите С (коды по МКБ - 10: B18.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение anti-HCV (при проведении скрининга)	Да/Нет

2.1.23.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при ВИЧ-инфекции у взрослых (коды по МКБ - 10: B20, B21, B22, B23, B24, F02.4, R75, Z11.4, Z20.6, Z21, Z71.7, Z83.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование с отдельным определением антител к индивидуальным белкам ВИЧ-1 и ВИЧ-2 или определение РНК ВИЧ-1 в случае положительного результата определения суммарных антител к вирусу иммунодефицита человека 1, 2 типов и антигена р24 ВИЧ (подтверждающее)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	Да/Нет
3.	Выполнено установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенолучевая диагностика органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови, антигена вируса гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови	Да/Нет
6.	Выполнено исследование CD4+ лимфоцитов при установлении диагноза	Да/Нет
7.	Выполнено исследование CD4+ лимфоцитов не реже двух раз в 12 месяцев (при диспансерном наблюдении пациента)	Да/Нет
8.	Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) в плазме крови методом ПЦР при установлении диагноза	Да/Нет
9.	Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) в плазме крови методом ПЦР не реже двух раз в 12 месяцев при регулярном диспансерном наблюдении пациента	Да/Нет
10.	Выполнено назначение антиретровирусной терапии состоящим под диспансерным наблюдением (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование плазмы крови на наличие мутаций лекарственной резистентности в РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) (при доказанной вирусологической неэффективности лечения и достаточном для проведения резистентности уровне вирусной нагрузки)	Да/Нет
12.	Выполнено внесение в медицинскую документацию информации о	Да/Нет

	согласии и/или отказе пациента от антиретровирусной терапии	

2.1.23.2 Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ВИЧ-инфекции у взрослых (коды по МКБ - 10: B20, B21, B22, B23, B24, F02.4, R75, Z11.4, Z20.6, Z21, Z71.7, Z83.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование с отдельным определением антител к индивидуальным белкам ВИЧ-1 и ВИЧ-2 или определение РНК ВИЧ-1 в случае положительного результата определения суммарных антител к вирусу иммунодефицита человека 1, 2 типов и антигена р24 ВИЧ (подтверждающее)	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенолучевая диагностика органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови, антигена вируса гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови	Да/Нет
4.	Выполнено исследование CD4+ лимфоцитов при установлении диагноза	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 назначение антиретровирусной терапии состоящим под диспансерным наблюдением (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено внесение в медицинскую документацию информации о согласии и/или отказе пациента от антиретровирусной терапии	Да/Нет

2.1.24.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при ВИЧ-инфекции у беременных (коды по МКБ - 10: B20, B21, B22, B23, B24, Z21, F02.4, R75, Z11.4, Z20.6, Z21, Z71.7, Z83)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено подтверждающее исследование с отдельным определением антител к индивидуальным белкам ВИЧ-1 и ВИЧ-2 или определение РНК ВИЧ-1 в случае положительного результата определения суммарных антител к вирусу иммунодефицита человека 1, 2 типов и антигена р24 ВИЧ	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	Да/Нет
3.	Выполнено установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения	Да/Нет
4.	Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) в плазме крови методом ПЦР во время первого дородового визита	Да/Нет
5.	Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) в плазме крови методом ПЦР через 4 недели от начала или смены антиретровирусной терапии и на 36-й неделе беременности у пациентки посещавшей центр СПИД в указанные сроки беременности	Да/Нет
6.	Выполнено исследование CD4+ лимфоцитов (при установлении диагноза при первичном посещении центр СПИД)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование CD4+ лимфоцитов через 4 и 12 недель от начала или смены антиретровирусной терапии, далее – 1 раз в 12 недель	Да/Нет

8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный	Да/Нет
9.	Выполнено назначение лекарственных антиретровирусных препаратов не позднее 13-й недели беременности (при своевременной явке в центр СПИД)	Да/Нет
10.	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови, антигена вируса гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови	Да/Нет
11.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование плазмы крови на наличие мутаций лекарственной резистентности в РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) (при доказанной вирусологической неэффективности лечения и достаточном для проведения резистентности уровне вирусной нагрузки)	Да/Нет
12.	Выполнено внесение информации об отказе и/или согласии пациентки от химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку в медицинскую документацию	Да/Нет

2.1.24.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ВИЧ-инфекции у беременных (коды по МКБ - 10: B20, B21, B22, B23, B24, Z21, F02.4, R75, Z11.4, Z20.6, Z21, Z71.7, Z83)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено подтверждающее исследование с отдельным определением антител к индивидуальным белкам ВИЧ-1 и ВИЧ-2 или определение РНК ВИЧ-1 в случае положительного результата определения суммарных антител к вирусу иммунодефицита человека 1, 2 типов и антигена р24 ВИЧ	Да/Нет
2.	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 беременной, роженицы и родильницы при отсутствии обменной карты, при нарушении правил заполнения обменной карты и/или правил заполнения результатов исследования на ВИЧ-инфекцию, выполненного ранее и по эпидпоказаниям (употребление ПАВ, незащищенные половые контакты с потребителем ПАВ или ВИЧ-инфицированным лицом)	Да/Нет
3.	Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) в плазме крови методом ПЦР во время первого дородового визита	Да/Нет
4.	Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) в плазме крови методом ПЦР через 4 недели от начала или смены антиретровирусной терапии и на 36-й неделе беременности у пациентки посещавшей центр СПИД в указанные сроки беременности	Да/Нет
5.	Выполнено исследование CD4+ лимфоцитов (при установлении диагноза при первичном посещении центр СПИД)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование CD4+ лимфоцитов через 4 и 12 недель от начала или смены антиретровирусной терапии, далее – 1 раз в 12 недель	Да/Нет
7.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный	Да/Нет
8.	Выполнено назначение лекарственных антиретровирусных препаратов не позднее 13-й недели беременности (при своевременной явке в центр СПИД)	Да/Нет

9.	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови, антигена вируса гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови	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 доказанной вирусологической неэффективности лечения и достаточном для проведения резистентности уровне вирусной нагрузки)	Да/Нет

2.1.25.1. 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.	Выполнен курс лечения (профилактика передачи ВИЧ) при наличии перинатального контакта (зидовудином или зидовудином+ламивудином+невирапином)	Да/Нет
2.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование крови на вирус иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) через 2 недели после окончания приема АРВП (профилактического курса АРТ) у ребенка ВИЧ-серопозитивной матери	Да/Нет
3.	Выполнено исследование CD4+ лимфоцитов (процентное содержание и абсолютное количество и оценка иммунной категории) и исследование CD8+ лимфоцитов (процентное содержание и абсолютное количество и вычисление иммунорегуляторного индекса – соотношения абсолютных показателей CD4/CD8) при постановке ВИЧ-инфицированного ребенка на диспансерный учет	Да/Нет
4.	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	Да/Нет
5.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование плазмы крови на наличие мутаций лекарственной резистентности в РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) при наличии признаков неэффективности АРТ и при исключении неприверженности к АРТ	Да/Нет
6.	Выполнен прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный не реже 1 раза в 6 месяцев	Да/Нет
7.	Выполнено назначение антиретровирусной терапии в течение 14 дней после постановки под диспансерное наблюдение (возраст младше 1 года; клинические стадии 2В, 4В, 4В; СПИД-индикаторные заболевания; иммунная категория) (при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста не реже 1 раза в 6 месяцев	Да/Нет
9.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный не реже 1 раза в 6 месяцев	Да/Нет

2.1.25.2. 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.	Выполнен курс лечения (профилактика передачи ВИЧ) при наличии перинатального контакта (зидовудином или зидовудином+ламивудином+невирапином)	Да/Нет
2.	Выполнено начало курса лечения (профилактики) в первые 4-6 часов жизни новорожденного зидовудином или зидовудином+ламивудином+невирапином при наличии перинатального контакта по ВИЧ-инфекции	Да/Нет
3.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование крови на вирус	Да/Нет

	иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) через 2 недели после окончания приема АРВП (профилактического курса АРТ) у ребенка ВИЧ-серопозитивной матери	
4.	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	Да/Нет
5.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование плазмы крови на наличие мутаций лекарственной резистентности в РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) при наличии признаков неэффективности АРТ и при исключении неприверженности к АРТ	Да/Нет
6.	Выполнено назначение антиретровирусной терапии в течение 14 дней после постановки под диспансерное наблюдение (возраст младше 1 года; клинические стадии 2В, 4Б, 4В; СПИД-индикаторные заболевания; иммунная категория) (при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.1.26.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при аскаридозе у детей (коды по МКБ - 10: B77 (B77.0, B77.8, B77.9))

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (пациентам с абдоминальным болевым синдромом)	Да/Нет
2.	Выполнено лечение албендазолом или мебендазолом или пирантелом	Да/Нет

2.1.26.1. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при аскаридозе у детей (коды по МКБ - 10: B77 (B77.0, B77.8, B77.9))

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (пациентам с абдоминальным болевым синдромом)	Да/Нет
2.	Выполнено лечение албендазолом или мебендазолом или пирантелом	Да/Нет

2.1.27.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хроническом вирусном гепатите В (коды по МКБ - 10: B18.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови с дифференцированным подсчётом лейкоцитов (лейкоцитарной формулы)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня общего билирубина, уровня свободного и связанного билирубина, определение активности аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы (АЛТ, АСТ), гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ), щелочной фосфатазы (ЩФ))	Да/Нет
3.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) и определение времени свертывания нестабилизированной крови или рекальцификации плазмы, времени кровотечения, протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме и тромбинового времени в крови и ПТИ и МНО (пациентам с геморрагическим синдромом)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня общего белка в крови и исследование уровня альбумина в крови	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет

6.	Выполнено определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови (качественное исследование), антигена (HbeAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, определение антител к е-антигену (anti-HBe) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, определение антител классов к ядерному антигену (HBcAg) 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	Да/Нет
7.	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) и ВИЧ – 2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) 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	Да/Нет
8.	Выполнено определение антител к вирусу гепатита D (Hepatitis D virus) в крови	Да/Нет
9.	Выполнено определение ДНК вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови методом ПЦР, количественное (при диагностике)	Да/Нет
10.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
11.	Выполнена эластометрия печени (при диагностике)	Да/Нет
12.	Выполнено использование комплексных расчетных тестов (расчет индексов фиброза: ФиброТест, Актитест ФиброМакс, APRI, FIB-4)	Да/Нет
13.	Выполнено исследование уровня альфа-фетопroteина в сыворотке крови (при диагностике)	Да/Нет
14.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) (при диагностике)	Да/Нет
15.	Выполнена оценка показаний к началу антивирусной терапии	Да/Нет
16.	Выполнено проведение общего (клинического) анализа крови с дифференцированным подсчётом лейкоцитов (лейкоцитарной формулы) и уровня тромбоцитов в крови (пациентам, получающим ПВТ через 3, 6, 12 месяцев от начала терапии и далее 1 раз в год)	Да/Нет
17.	Выполнено проведение биохимического общетерапевтического анализа крови (исследование уровня общего билирубина, определение активности АЛТ, АСТ, ГГТ ЩФ, глюкозы, креатинина, общего белка, альбумина), протромбинового индекса (пациентам, получающим ПВТ через 3, 6, 12 месяцев от начала терапии и далее 1 раз в год)	Да/Нет
18.	Выполнено определение ДНК вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование, количественное исследование и определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, количественное исследование (пациентам, получающим ПВТ через 6, 12 месяцев от начала терапии и далее 1 раз в год до окончания лечения)	Да/Нет
19.	Выполнено проведение анализа крови биохимического общетерапевтического (исследование уровня общего билирубина, определение активности АЛТ, АСТ, ГГТ ЩФ, креатинина, общего белка, альбумина в крови), ПТИ (в рамках диспансерного наблюдения)	Да/Нет
20.	Выполнено определение ДНК вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование (пациентам, получившим противовирусную терапию) (1 раз в год)	Да/Нет
21.	Выполнено определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови качественное исследование, (пациентам, получившим противовирусную терапию) (1 раз в год)	Да/Нет
22.	Выполнено исследование уровня альфа-фетопroteина в сыворотке крови (1 раз в год)	Да/Нет

23.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (не реже 1 раза в 4-6 месяцев)	Да/Нет
24.	Выполнено диспансерное наблюдение	Да/Нет

2.1.27.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хроническом вирусном гепатите В (коды по МКБ - 10: B18.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено проведение общего (клинического) анализа крови с дифференцированным подсчётом лейкоцитов (лейкоцитарной формулы) и уровня тромбоцитов в крови (пациентам, получающим ПВТ через 3, 6, 12 месяцев от начала терапии и далее 1 раз в год)	Да/Нет
2.	Выполнено проведение биохимического общетерапевтического анализа крови (исследование уровня общего билирубина, определение активности АЛТ, АСТ, ГГТ ЩФ, глюкозы, креатинина, общего белка, альбумина), протромбинового индекса (пациентам, получающим ПВТ через 3, 6, 12 месяцев от начала терапии и далее 1 раз в год)	Да/Нет
3.	Выполнено определение ДНК вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование, количественное исследование и определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, количественное исследование (пациентам, получающим ПВТ через 3, 6, 12 месяцев от начала терапии и далее 1 раз в год до окончания лечения)	Да/Нет

2.1.28.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при энтероколите, вызванном Clostridioides difficile (C. difficile) (коды по МКБ - 10: A04.7, K52.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический с исследованием уровня С-реактивного белка в сыворотке крови, исследованием уровня ферритина в крови, исследованием уровня креатинина в крови, исследованием уровня общего белка в крови, исследованием уровня альбумина в крови, исследованием уровня натрия в крови, исследованием уровня калия в крови, исследованием уровня хлоридов в крови	Да/Нет
4.	Выполнено копрологическое исследование	Да/Нет
5.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
7.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием или обзорная рентгенография органов брюшной полости (пациентам с тяжелым и/или осложненным течением)	Да/Нет
8.	Выполнена колоноскопия (при диагностике и/или пациентам с отсутствием ответа на лечение и/или прогрессивным ухудшением состояния)	Да/Нет
9.	Выполнено лечение ванкомицином и/или метронидазолом (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнена отмена провоцирующего препарата	Да/Нет
11.	Выполнена регидратационная терапия (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
12.	Выполнена консультация хирурга (пациентам с осложненным течением клостридиальной инфекции)	Да/Нет

2.1.28.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при энтероколите, вызванном *Clostridioides difficile* (*C. difficile*) (коды по МКБ - 10: A04.7, K52.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический с исследованием уровня С-реактивного белка в сыворотке крови, исследованием уровня ферритина в крови, исследованием уровня креатинина в крови, исследованием уровня общего белка в крови, исследованием уровня альбумина в крови, исследованием уровня натрия в крови, исследованием уровня калия в крови, исследованием уровня хлоридов в крови	Да/Нет
4.	Выполнено копрологическое исследование	Да/Нет
5.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
7.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием или обзорная рентгенография органов брюшной полости (пациентам с тяжелым и/или осложненным течением)	Да/Нет
8.	Выполнена колоноскопия (при диагностике и/или пациентам с отсутствием ответа на лечение и/или прогрессирующим ухудшением состояния)	Да/Нет
9.	Выполнено лечение ванкомицином и/или метронидазолом (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнена отмена провоцирующего препарата	Да/Нет
11.	Выполнена регидратационная терапия (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
12.	Выполнена консультация хирурга (пациентам с осложненным течением клостридиальной инфекции)	Да/Нет

2.1.29.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при негонекокковом (неспецифическом) уретрите у мужчин (коды по МКБ - 10: N34.1, A56.0, A59.0, A60, A63.8, A49.3, B37.4, B96.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнены лабораторные диагностические исследования (микроскопические, молекулярно-биологические, микробиологические/культуральные на возбудителей ИППП)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия (при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.1.29.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при негонекокковом (неспецифическом) уретрите у мужчин (коды по МКБ - 10: N34.1, A56.0, A59.0, A60, A63.8, A49.3, B37.4, B96.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнены лабораторные диагностические исследования (микроскопические, молекулярно-биологические, микробиологические/культуральные на возбудителей ИППП)	Да/Нет
3.	Назначено лечение антибактериальными препаратами системного действия (при	Да/Нет

	отсутствии противопоказаний)	
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.1.30.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при норовирусном гастроэнтерите у детей (коды по МКБ - 10: A08.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка степени дегидратации с использованием шкалы CDS	Да/Нет
2.	Выполнено определение антигенов норовирусов (Norovirus) в образцах фекалий (ИФА), или молекулярно-биологическое исследование фекалий на калицивирусы (норовирусы, саповирусы) (Caliciviridae (Norovirus, Sapovirus), или иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на норовирус	Да/Нет
3.	Выполнено лечение пероральными солевыми составами для регидратации (оральная регидратация) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено лечение препаратами кишечных адсорбентов (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение препаратами противодиарейных микроорганизмов (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.1.30.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при норовирусном гастроэнтерите у детей (коды по МКБ - 10: A08.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка степени дегидратации с использованием шкалы CDS	Да/Нет
2.	Выполнено определение антигенов норовирусов (Norovirus) в образцах фекалий (ИФА), или молекулярно-биологическое исследование фекалий на калицивирусы (норовирусы, саповирусы) (Caliciviridae (Norovirus, Sapovirus), или иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на норовирус	Да/Нет
3.	Выполнено лечение пероральными солевыми составами для регидратации (оральная регидратация) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено лечение препаратами кишечных адсорбентов (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение препаратами противодиарейных микроорганизмов (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.1.31.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при лямблиозе у детей и взрослых (коды по МКБ - 10: A07.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено копрологическое исследование и микроскопическое исследование кала на простейшие и/или микроскопическое исследование кала на простейшие с применением методов обогащения	Да/Нет
2.	Выполнено иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на кишечные лямблии (Giardia intestinalis)	Да/Нет
3.	Назначена этиотропная (противопаразитарная) терапия	Да/Нет

2.1.32.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при острых кишечных инфекциях (ОКИ) у взрослых (коды по МКБ - 10: A04.0-A04.9, A05.0, A05.3-A05.9, A08.0-A08.5, A09.0, A09.9, B34.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения

1.	Выполнена оценка обезвоживания по В.И.Покровскому	Да/Нет
2.	Выполнено бактериологическое исследование фекалий на энтеропатогенную группу (идентификация бактерий культуральным методом с помощью питательных сред и биохимических тестов)	Да/Нет
3.	Выполнено бактериологическое исследование пробы испражнений (пациентам декретированной группы) (контрольное)	Да/Нет
4.	Выполнено определение антигенов вирусов в образцах фекалий или молекулярно-биологическое исследование фекалий (определение РНК) (при обращении за медицинской помощью) и лицам декретированных категорий (повторно через 1-2 дня после окончания специфического лечения)	Да/Нет
5.	Выполнены копрологическое исследование и микроскопическое исследование кала на простейших и на яйца и личинки гельминтов	Да/Нет
6.	Назначена регидратация (пациентам с секреторной и гиперосмолярной диареей) (перорально)	Да/Нет
7.	Назначено лечение кишечными адсорбентами на основе диоксида кремния или диосмектита или лигнина или поливинилпирролидона (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
8.	Назначено лечение антимикробными препаратами (пациентам с признаками колита (инвазивной диареи) и/или генерализации инфекции и/или наличия сахарного диабета, туберкулез, ВИЧ-инфекции и другие) и при затянувшемся бактериовыделении в периоде реконвалесценции (у декретированных групп)	Да/Нет
9.	Выполнено достижение нормализации температуры, прекращения рвоты (критерии выписки из стационара)	Да/Нет

2.1.32.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при острых кишечных инфекциях (ОКИ) у взрослых (коды по МКБ - 10: A04.0-A04.9, A05.0, A05.3-A05.9, A08.0-A08.5, A09.0, A09.9, B34.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка обезвоживания по В.И.Покровскому	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (не позднее 12 часов от момента поступления в стационар)	Да/Нет
3.	Выполнено бактериологическое исследование фекалий на энтеропатогенную группу (идентификация бактерий культуральным методом с помощью питательных сред и биохимических тестов)	Да/Нет
4.	Выполнено бактериологическое исследование пробы испражнений (пациентам декретированной группы) (контрольное)	Да/Нет
5.	Выполнено определение антигенов вирусов в образцах фекалий или молекулярно-биологическое исследование фекалий (определение РНК) (при обращении за медицинской помощью) и лицам декретированных категорий (повторно через 1-2 дня после окончания специфического лечения)	Да/Нет
6.	Выполнены копрологическое исследование и микроскопическое исследование кала на простейших и на яйца и личинки гельминтов	Да/Нет
7.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (пациентам с шоком и/или признаками обезвоживания $\geq$ II степени и/или тяжелом течении) (в течение 12 часов от момента поступления в стационар)	Да/Нет
8.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
9.	Выполнена регидратация (пациентам с секреторной и гиперосмолярной	Да/Нет

	диареей) (перорально)	
10.	Выполнена регидратация (пациентам при наличии явлений шока, острого повреждения почек, обезвоживания II-III степени; с неукротимой рвотой, потерями жидкости более 1,5 л/ч, сахарным диабетом) (внутривенно)	Да/Нет
11.	Выполнено лечение кишечными адсорбентами на основе диоксида кремния или диосмектита или лигнина или поливинилпирролидона (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
12.	Выполнено лечение антимикробными препаратами (пациентам с признаками колита (инвазивной диареи) и/или генерализации инфекции и/или наличия сахарного диабета, туберкулез, ВИЧ-инфекции и другие) и при затянувшемся бактериовыделении в периоде реконвалесценции (у декретированных групп)	Да/Нет
13.	Выполнено достижение нормализации температуры, прекращения рвоты (критерии выписки из стационара)	Да/Нет

2.1.33.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при шигеллезе (коды по МКБ - 10: A03, A03.0, A03.1, A03.2, A03.3, A03.8, A03.9, A06.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый и общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
2.	Выполнено копрологическое исследование	Да/Нет
3.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование фекалий или ректального мазка или рвотных масс и/или промывных вод желудка, на микроорганизмы рода шигелла (<i>Shigella</i> spp.), сальмонелла (<i>Salmonella</i> spp.)	Да/Нет
4.	Выполнена оценка степени дегидратации, в том числе с использованием шкалы CDS (пациентам в возрасте до 18 лет)	Да/Нет
5.	Назначено лечение антимикробными препаратами (при наличии показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.1.33.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при шигеллезе (коды по МКБ - 10: A03, A03.0, A03.1, A03.2, A03.3, A03.8, A03.9, A06.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый и общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
2.	Выполнено копрологическое исследование	Да/Нет
3.	Выполнен биохимический анализ общетерапевтический (мочевина, креатинин, электролиты, АЛТ, АСТ, амилазы, СРБ) (пациентам со среднетяжелыми и тяжелыми формами) (не позднее 12 часов от момента поступления в стационар)	Да/Нет
4.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование фекалий или ректального мазка или рвотных масс и/или промывных вод желудка, на микроорганизмы рода шигелла (<i>Shigella</i> spp.), сальмонелла (<i>Salmonella</i> spp.)	Да/Нет
5.	Выполнена оценка степени дегидратации, в том числе с использованием шкалы CDS (пациентам в возрасте до 18 лет)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение антимикробными препаратами (при наличии показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено достижение отсутствия жалоб, отсутствия клинических	Да/Нет

	симптомов заболевания, нормализации характера стула, отрицательных результатов бактериологических исследований кала (критерии выписки из стационара)	

2.1.34.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при кори (коды по МКБ - 10: B05.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение РНК вируса кори в мазке слизистой носоглотки качественной полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией	Да/Нет
2.	Выполнено иммуноферментное исследование/анализ (ИФА) сыворотки крови на определение специфических к кори иммуноглобулинов класса М	Да/Нет
3.	Выполнено иммуноферментное исследование/анализ (ИФА) сыворотки крови на наличие специфических к кори иммуноглобулинов класса G	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография легких (пациентам с признаками поражения легочной ткани)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет

2.1.34.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при кори (коды по МКБ - 10: B05.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение РНК вируса кори в мазке слизистой носоглотки качественной полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией	Да/Нет
2.	Выполнено иммуноферментное исследование/анализ (ИФА) сыворотки крови на определение специфических к кори иммуноглобулинов класса М	Да/Нет
3.	Выполнено иммуноферментное исследование/анализ (ИФА) сыворотки крови на наличие специфических к кори иммуноглобулинов класса G	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография легких (пациентам с признаками поражения легочной ткани)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет

2.1.35.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при сепсисе (у взрослых) (коды по МКБ - 10: A40, A40.0, A40.1, A40.2, A40.3, A40.8, A40.9, A41, A41.0, A41.1, A41.2, A41.3, A41.4, A41.5, A41.8, A41.9, B37.7)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте.	Да/Нет

2.1.35.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при сепсисе (у взрослых) (коды по МКБ - 10: A40, A40.0, A40.1, A40.2, A40.3, A40.8, A40.9, A41, A41.0, A41.1, A41.2, A41.3, A41.4, A41.5, A41.8, A41.9, B37.7)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена ежедневная оценка состояния по шкале SOFA при нахождении пациента в ОРИТ	Да/Нет
2.	Выполнено микробиологическое исследование биологического материала из очага инфекции и/или крови с определением чувствительности возбудителя к АМП	Да/Нет

3.	Выполнено лабораторное исследование крови с подсчетом лейкоцитов (лейкоцитарная формула), исследование уровня тромбоцитов, общего билирубина, креатинина в крови, уровня С-реактивного белка в сыворотке крови, кислотно-основного состояния и газов крови.	Да/Нет
4.	Выполнены необходимые хирургические вмешательства для санации и контроля очага инфекции, если он подвержен хирургическому контролю	Да/Нет
5.	Выполнено введение антимикробных препаратов не позднее 3-х часов от момента установления диагноза сепсис	Да/Нет
6.	Выполнена инфузия растворов электролитов при сепсисе со стойкой гипотензией в течение 3-х часов с момента перевода в ОРИТ.	Да/Нет
7.	Выполнено введение норэпинефрина, внутривенно капельно (или с помощью дозатора) в начальной дозе от 0,1 до 0,3 мкг/кг/минуту с последующим пошаговым увеличением дозы и скорости до достижения уровня среднего артериального давления не ниже 65 мм рт.ст при развитии гипоперфузии, не связанной с гиповолемией	Да/Нет
8.	Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте.	Да/Нет

2.1.36.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при воспалительных поражениях позвоночника (коды по МКБ - 10: A18.0, A23, B67.2, B67.6, M46.1, M46.2, M46.3, M46.4, M46.5, M46.8, M46.9, M49.0, M49.2, M49.3, M86.3, Y83.8, Y83.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
2.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность	Да/Нет
3.	Выполнено определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам (в случае его выделения)	Да/Нет
4.	Назначено лечение антибактериальными препаратами на срок не менее 6 недель с момента начала лечения	Да/Нет
5.	Выполнена рентгенография позвоночника, вертикальная (обзорная в 2-х проекциях) и/или компьютерная томография позвоночника (один отдел)	Да/Нет

2.1.36.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при воспалительных поражениях позвоночника (коды по МКБ - 10: A18.0, A23, B67.2, B67.6, M46.1, M46.2, M46.3, M46.4, M46.5, M46.8, M46.9, M49.0, M49.2, M49.3, M86.3, Y83.8, Y83.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
2.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность	Да/Нет
3.	Выполнено исследование биопсийного (операционного) материала на стерильность (культуральное) и/или молекулярно-биологическое (ПЦР) исследование	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое (морфологическое) исследование материала, полученного при инвазивной манипуляции - биопсии или операции (патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костной ткани)	Да/Нет
5.	Выполнено определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам (в случае его выделения)	Да/Нет

6.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами с момента постановки диагноза инфекционного спондилита	Да/Нет
7.	Выполнена коррекция антибактериальной терапии (в случае, если требуется после получения результатов исследования лекарственной чувствительности возбудителя)	Да/Нет
8.	Выполнена рентгенография позвоночника, вертикальная (обзорная в 2-х проекциях) и/или компьютерная томография позвоночника (один отдел)	Да/Нет
9.	Выполнена магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел) у пациентов с неврологическим дефицитом	Да/Нет

2.1.37.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при остром гепатите В (ГВ) у взрослых (коды по МКБ-10: B16) (с печеночной комой)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врача-инфекциониста	Да/Нет

2.1.37.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром гепатите В (ГВ) у взрослых (коды по МКБ-10: B16) (с печеночной комой)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врача-инфекциониста	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом (не позднее 30 минут от момента поступления в стационар)	Да/Нет
3.	Выполнена инфузионно-трансфузионная терапия и терапия лекарственными препаратами группы глюкокортикоидов (не позднее 30 минут от момента поступления в стационар) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено определение ДНК HBV (Hepatitis B virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование и определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование и определение РНК вируса гепатита D (Hepatitis D virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование и определение РНК вируса гепатита А (Hepatitis A virus) в крови методом ПЦР.	Да/Нет
5.	Выполнено определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови; антител класса М (anti-HAV IgM) к ВГА и определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови и определение антител класса М к ядерному антигену (anti-HBc IgM) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня общего билирубина, уровня свободного и связанного билирубина, определение активности аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы (АлАТ, АсАТ) в крови (не позднее 3 часов от момента поступления в стационар)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня общего белка в крови и определение соотношения белковых фракций методом высокочувствительного капиллярного электрофореза и исследование уровня натрия в крови и исследование уровня калия в крови пациентам (не позднее 3 часов от момента поступления в стационар)	Да/Нет
8.	Выполнено определение основных групп крови по системе АВ0 и определение антигена D системы Резус (резус-фактор) (не позднее 3 часов	Да/Нет

	от момента поступления в стационар)	
9.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), (не позднее 3 часов от момента поступления в стационар)	Да/Нет
10.	Выполнена осмотр анестезиологом-реаниматологом с оценкой степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго (не позднее 30 минут от момента поступления в стационар)	Да/Нет
11.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия (при присоединении бактериальной инфекции)	Да/Нет
12.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) или компьютерная томография органов брюшной полости или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости	Да/Нет
13.	Выполнено достижение уровня билирубина в крови 60 мкмоль/л (за исключением холестатических форм) и уровня протромбинового индекса 70% и выше (критерий выписки из стационара)	Да/Нет
14.	Выполнено достижение критериев выписки из стационара (уменьшение гепатомегалии/гепатоспленомегалии, отсутствие выпота в брюшной полости)	Да/Нет
15.	Выполнено определение анти-HDV IgM или РНК HDV	Да/Нет

2.1.38.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром гепатите А (ГА) у взрослых (коды по МКБ - 10: B15) (с печеночной комой)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом с оценкой степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго (пациентам с признаками печеночной комы) (не позднее 30 минут от момента поступления в стационар)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический (АЛТ, АСТ, общий билирубин, прямой билирубин, общий белок, альбумин, электролиты) (не позднее 3 часов от момента поступления в стационар)	Да/Нет
3.	Выполнена коагулограмма (не позднее 3 часов от момента поступления в стационар)	Да/Нет
4.	Выполнено определение методом ИФА в крови anti-HAV IgM, HBsAg, anti-HBcor IgM, суммарные антитела к вирусу гепатита С	Да/Нет
5.	Выполнено определение РНК вирусов гепатитов А, С, D и ДНК вируса гепатита В методом ПЦР	Да/Нет
6.	Выполнено УЗИ органов брюшной полости (комплексное) или КТ органов брюшной полости или МРТ органов брюшной полости	Да/Нет
7.	Выполнена инфузионно-трансфузионная терапия (не позднее 30 минут от момента поступления в стационар) (при наличии показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия (при наличии показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено достижение улучшения сознания по шкале Глазго, уменьшение гепатомегалии (гепатоспленомегалии), отсутствие выпота в брюшной полости (критерий выписки из стационара)	Да/Нет
10.	Выполнено достижение уровня билирубина в крови 60 мкмоль/л (за исключением холестатических форм) и уровня протромбинового индекса 70% и выше, снижение активности АЛТ менее 150 Ед/л (критерий выписки из стационара)	Да/Нет

2.1.39.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при хроническом вирусном гепатите С (ХВГС) у детей (коды по МКБ - 10: B18.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	Да/Нет
2.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование крови на вирус гепатита С (Hepatitis C virus) (определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование (при диагностике) и определение генотипа вируса гепатита С (Hepatitis C virus) (при планировании лечения)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование анализа крови биохимического общетерапевтического: исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование уровня холестерина в крови; определение соотношения белковых фракций методом электрофореза (либо исследование уровня общего белка в крови и исследование уровня альбумина в крови); коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (в зависимости от степени активности заболевания) (1 раз в 6-12 мес)	Да/Нет
4.	Выполнено определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование или определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР, количественное (у пациентов, не прошедших курс ПВТ) (1 раз в 12 мес)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
6.	Выполнена эластометрия печени (транзиентная ультразвуковая эластометрия или динамическая эластография УЗ- сдвиговой волны или компрессионная (статическая) эластография	Да/Нет

2.1.39.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при хроническом вирусном гепатите С (ХВГС) у детей (коды по МКБ - 10: B18.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	Да/Нет
2.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование крови на вирус гепатита С (Hepatitis C virus) (определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование (при диагностике) и определение генотипа вируса гепатита С (Hepatitis C virus) (при планировании лечения)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование анализа крови биохимического общетерапевтического: исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование уровня холестерина в крови; определение соотношения белковых фракций методом электрофореза (либо исследование уровня общего белка в крови и исследование уровня альбумина в крови); коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (в зависимости от степени активности заболевания) (1 раз в 6-12 мес)	Да/Нет
4.	Выполнено определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование или определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР, количественное (у пациентов, не прошедших курс	Да/Нет

	ПВТ) (1 раз в 12 мес)	
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
6.	Выполнена эластометрия печени (транзистентная ультразвуковая эластометрия или динамическая эластография УЗ- сдвиговой волны или компрессионная (статическая) эластография	Да/Нет

2.2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ

2.2.1.1. 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 мягких тканей (одна анатомическая зона)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при распространенном раке с поражением шейных лимфоузлов)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях губы (коды по МКБ - 10: C00)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая зона) (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей губы и/или цитологическое исследование микропрепарата тканей губы	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла и/или цитологическое исследование биоптатов лимфоузлов (при подозрении на метастатическое поражение лимфоузлов)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости и/или рентгенография легких (при распространенном раке с поражением шейных лимфоузлов, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
7.	Выполнено хирургическое лечение и/или лучевая терапия и/или лекарственная противоопухолевая терапия и/или химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при хирургическом лечении)	Да/Нет

2.2.2.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке ротоглотки (коды по МКБ – 10: C01, C02.4, C05.1, C05.2, C09, C10, D37.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена фиброларингоскопия	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при распространенном раке с поражением шейных лимфоузлов)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография шеи с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.2.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке ротоглотки (коды по МКБ – 10: C01, C02.4, C05.1, C05.2, C09, C10, D37.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена фиброларингоскопия (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей верхних дыхательных путей и/или цитологическое исследование микропрепарата тканей верхних дыхательных путей, и/или цитологическое исследование мазков с поверхности слизистой оболочки верхних дыхательных путей	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла и/или цитологическое исследование препарата тканей лимфоузла, и/или цитологическое исследование биоптатов лимфоузлов (при подозрении на метастатическое поражение лимфоузлов)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости или компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография шеи с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование биопсийного (операционного) материала на вирус папилломы человека (Papilloma virus) высокого канцерогенного риска (16, 18 тип)	Да/Нет
7.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия, и/или химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при хирургическом лечении)	Да/Нет

2.2.3.1. 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.	Выполнено ультразвуковое исследование тканей полости рта	Да/Нет

2.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости или рентгенография легких	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.3.2. 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.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей полости рта и/или цитологическое исследование микропрепарата тканей полости рта	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла и/или цитологическое исследование биоптатов лимфоузлов (при подозрении на метастатическое поражение лимфоузлов)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование тканей полости рта (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости или рентгенография легких (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
7.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия, и/или химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при хирургическом лечении)	Да/Нет

2.2.4.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при злокачественных опухолях слюнных желез (коды по МКБ - 10: C06.9, C07, C08)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая зона)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет

2.2.4.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественных опухолях слюнных желез (коды по МКБ - 10: C06.9, C07, C08)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения

1.	Выполнено ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая зона) (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
3.	Выполнено цитологическое исследование микропрепарата тканей слюнной железы	Да/Нет
4.	Выполнено цитологическое исследование биоптатов лимфоузлов (при подозрении на метастатическое поражение лимфоузлов)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием или магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием (при подозрении распространения опухоли на нижнюю челюсть и/или на верхнюю челюсть, и/или на основание черепа) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
7.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия, и/или химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при хирургическом лечении)	Да/Нет

2.2.5.2. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при опухолях слюнных желез у детей (коды по МКБ - 10: C07, C08, C06.9, D10.3, D11)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование слюнных желез и ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи (одна анатомическая зона)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнены магнитно-резонансная томография мягких тканей головы и магнитно-резонансная томография шеи с внутривенным контрастированием (всем пациентам с подозрением на злокачественное образование слюнных желез и при подозрении на поражение основания черепа, при периневральном росте (поражение ЧМН), интракраниальном распространении, рецидиве или продолженном росте)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки всем пациентам с подозрением на злокачественное образование слюнных желез	Да/Нет
3.	Выполнено хирургическое лечение (с интраоперационным использованием нейрофизиологического мониторинга лицевого нерва у пациентов с вероятным вовлечением ветвей лицевого нерва)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей слюнной железы с применением иммуногистохимических методов	Да/Нет

2.2.6.1. 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 риноскопия	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна	Да/Нет

	анатомическая зона)	
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием, и/или компьютерная томография шеи с внутривенным болюсным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография шеи с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей верхних дыхательных путей и/или цитологическое исследование микропрепарата тканей верхних дыхательных путей, и/или цитологическое исследование мазков с поверхности слизистой оболочки верхних дыхательных путей	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла и/или цитологическое исследование препарата тканей лимфоузла, и/или цитологическое исследование биоптатов лимфоузлов (при подозрении на метастатическое поражение лимфоузлов)	Да/Нет
3.	Выполнена эпифарингоскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием, и/или компьютерная томография шеи с внутривенным болюсным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография шеи с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein - Barr virus) методом ПЦР в периферической крови, количественное исследование или определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейна-Барра (Epstein - Barr virus) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия, и/или химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при хирургическом лечении)	Да/Нет

2.2.7.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при раке носоглотки (код по МКБ-10: C11)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена биопсия слизистой оболочки носоглотки под контролем эндоскопического исследования и/или биопсия измененного шейного лимфатического узла (биопсия лимфатического узла) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (с определением активности лактатдегидрогеназы в крови, определением активности аланинаминотрансферазы в крови, определением активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследованием уровня общего билирубина в крови, определением активности щелочной фосфатазы в крови, исследованием уровня общего белка в крови, исследованием уровня альбумина в крови, исследованием уровня креатинина в крови, исследованием уровня мочевины в крови, исследованием уровня калия в крови, исследованием уровня натрия в крови)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости	Да/Нет
6.	Выполнена магнитно-резонансная томография мягких тканей головы с внутривенным контрастированием и магнитно-резонансная томография шеи с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.8.1. 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.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при распространенном раке с поражением шейных лимфоузлов)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография шеи с внутривенным болюсным контрастированием или магнитно-резонансная томография шеи с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена фиброларингоскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет

2.2.8.2. 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 компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография шеи с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография шеи с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости и/или компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена фиброларингоскопия (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей верхних дыхательных путей и/или цитологическое исследование	Да/Нет

	микропрепарата тканей верхних дыхательных путей	
6.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла и/или цитологическое исследование препарата тканей лимфоузла	Да/Нет
7.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия, и/или химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при хирургическом лечении)	Да/Нет

2.2.9.1. 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.	Выполнена биопсия желудка и патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала желудка (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена рентгеноскопия пищевода (при определении распространенности опухолевого процесса и оценке пассажа через зону опухолевого роста при недостаточности данных эзофагогастродуоденоскопии)	Да/нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (шейных и надключичных лимфатических узлов)	Да/Нет

2.2.9.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке пищевода и кардии (коды по МКБ – 10: C15, C16.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пищевода или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пищевода с применением иммуногистохимических методов (при хирургическом лечении)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование белка к рецепторам HER2/neu с применением иммуногистохимических методов и/или определение микросателлитной нестабильности в биопсийном (операционном) материале методом ПЦР или определение мутаций в генах MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 иммуногистохимическим методом (при планировании предоперационной или паллиативной химиотерапии при аденокарциноме) (при отсутствии проведения на предыдущем этапе)	Да/Нет
3.	Выполнено определение экспрессии белка PDL1 иммуногистохимическим методом (при планировании паллиативной химиотерапии при аденокарциноме или плоскоклеточном раке) (при отсутствии проведения на предыдущем этапе)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование белка к рецепторам HER2/neu с применением иммуногистохимических методов и/или определение микросателлитной нестабильности в биопсийном (операционном) материале методом ПЦР или определение мутаций в генах MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 иммуногистохимическим методом (при планировании предоперационной или паллиативной химиотерапии при аденокарциноме) (при отсутствии проведения на предыдущем этапе)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием и компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при отсутствии на предыдущем этапе и/или не информативности ранее проведенного исследования)	Да/Нет
6.	Выполнена бронхоскопия при опухолях пищевода, расположенных на уровне или	Да/нет

	выше бифуркации трахеи или метастатическом поражении лимфатических узлов области бифуркации трахеи и паратрахеальной зоны для исключения инвазии в трахео-бронхиальное дерево	
7.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия и/или лучевая терапия и/или химиолучевая терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.10.1. 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 первичный	Да/Нет
2.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия и/или видеокколоноскопия (тотальная)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и/или ультразвуковое исследование забрюшинного пространства, и/или ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное), и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.10.2. 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.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием и/или компьютерная томография органов таза у мужчин с контрастированием или компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием (для оценки распространенности опухолевого процесса, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
3.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене c-KIT в биопсийном (операционном) материале и молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене PDGFRA (при установлении диагноза)	Да/Нет

2.2.11.1. 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 компьютерная томография органов грудной полости	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза и при диспансерном наблюдении) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием или компьютерная томография органов таза у мужчин с контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза и при диспансерном	Да/Нет

	наблюдении) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	
4.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия и/или эндосонография желудка (при малых размерах или ранней форме заболевания), и/или эндосонография двенадцатиперстной кишки (при малых размерах или ранней форме заболевания), и/или видеокOLONOSKOPИЯ (при локализации нейроэндокринной опухоли в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишки, ободочной или прямой кишке) (при установлении диагноза и при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
5.	Выполнена видеотрахеобронхоскопия (при внутрипросветных образованиях трахеи и бронхов) (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена сцинтиграфия костей всего тела (при подозрении на метастатическое поражение костей)	Да/Нет
7.	Выполнена биопсия нейроэндокринной опухоли (в зависимости от локализации соответствующим способом) (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов (при наличии технической возможности)	Да/Нет
9.	Выполнено исследование уровня биохимических маркеров нейроэндокринных опухолей (при установлении диагноза и при диспансерном наблюдении)	Да/Нет

2.2.11.2. 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 (при хирургическом лечении)	Да/Нет
2.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.12.1. 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 и патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала желудка (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов шейных и надключичных лимфатических узлов (одна анатомическая зона)	Да/Нет

2.2.12.2. 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 желудка и/или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала желудка с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием и/или компьютерная	Да/Нет

	томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при отсутствии на предыдущем этапе и/или не информативности ранее проведенного исследования)	
3.	Выполнена компьютерная томография органов малого таза с контрастированием или магнитно-резонансная томография органов малого таза или ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное/трансректальное и трансабдоминальное) (при отсутствии на предыдущем этапе и/или не информативности ранее проведенного исследования)	Да/нет
4.	Выполнена лапароскопия диагностическая (при cT3-T4N0 и/или ТлюбоеN1-3)	Да/Нет
5.	Выполнено цитологическое исследование лаважной жидкости (смылов с брюшины) (после выполнения лапароскопии диагностической)	Да/Нет
6.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (после выполнения лапароскопии диагностической)	Да/Нет
7.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено патолого-анатомическое исследование белка к рецепторам HER2/neu с применением иммуногистохимических методов или определение амплификации гена HER2 методом флуоресцентной гибридизации in situ (FISH) (при планировании предоперационной или паллиативной химиотерапии)	Да/Нет
9.	Выполнено определение микросателлитной нестабильности в биопсийном (операционном) материале методом ПЦР или определение мутаций в генах MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 иммуногистохимическим методом (при местно-распространенной неоперабельной или диссеминированной аденокарциноме)	Да/Нет
10.	Выполнено определение экспрессии белка PDL1 иммуногистохимическим методом (при местно-распространенной неоперабельной или диссеминированной аденокарциноме)	Да/Нет

2.2.13.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при злокачественных новообразованиях ободочной кишки (коды по МКБ - 10: C18, C19)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена колоноскопия (тотальная) и/или ирригоскопия, и/или компьютерно-томографическая колоноскопия (при невозможности проведения тотальной колоноскопии до хирургического вмешательства и/или в течение 3 месяцев после хирургического вмешательства)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при установлении диагноза, за исключением случаев экстренной хирургии)	Да/Нет
3.	Выполнено компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при установлении	Да/Нет

	диагноза)	
2.	Выполнена колоноскопия (тотальная) и/или ирригоскопия, и/или компьютерно-томографическая колоноскопия (при невозможности проведения тотальной колоноскопии до хирургического вмешательства и/или в течение 3 месяцев после хирургического вмешательства)	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при установлении диагноза, за исключением случаев экстренной хирургии)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня ракового эмбрионального антигена в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	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.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене BRAF в биопсийном (операционном) материале (при метастатической болезни)	Да/Нет
9.	Выполнено определение микросателлитной нестабильности в биопсийном (операционном) материале методом ПЦР или определение мутаций в генах MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 иммуногистохимическим методом (при метастатической болезни или при II стадии)	Да/Нет
10.	Выполнено определение экспрессии гена HER2neu в биопсийном (операционном) иммуногистохимическим методом (при отсутствии мутаций в генах KRAS, NRAS, BRAF)	Да/Нет
11.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия, и/или симптоматическое лечение, и/или диагностические вмешательства (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.14.1. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный (трансректальное пальцевое исследование)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена колоноскопия (тотальная) и/или ирригоскопия, и/или компьютерно-томографическая колоноскопия (при невозможности проведения тотальной колоноскопии до хирургического вмешательства и/или в течение 3 месяцев после хирургического вмешательства)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при установлении диагноза, за исключением случаев экстренного хирургического вмешательства)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня ракового эмбрионального антигена в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)	Да/Нет

8.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене KRAS в биопсийном (операционном) материале (при метастатической болезни)	Да/Нет
9.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене NRAS в биопсийном (операционном) материале (при метастатической болезни)	Да/Нет
10.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене BRAF в биопсийном (операционном) материале (при метастатической болезни)	Да/Нет
11.	Выполнено определение микросателлитной нестабильности в биопсийном (операционном) материале методом ПЦР (при метастатической болезни или при II стадии)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия, и/или химиолучевая терапия, и/или симптоматическое лечение, и/или диагностические вмешательства (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.15.1. 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.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный (трансректальное пальцевое исследование) (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при установлении диагноза, за исключением случаев экстренного хирургического вмешательства)	Да/Нет

2.2.15.2. 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 хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия, и/или химиолучевая терапия, и/или симптоматическое лечение, и/или диагностические вмешательства (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при установлении диагноза и/или при хирургическом лечении)	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.17.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при раке желчевыводящей системы (коды по МКБ – 10: C22, C23, C24.0, C24.8, C24.9)

№ 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 магнитно-резонансная холангиография (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости	Да/Нет

2.2.17.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при раке желчевыводящей системы (коды по МКБ – 10: C22, C23, C24.0, C24.8, C24.9)

№ 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 магнитно-резонансной холангиографией (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала и/или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов (при проведении биопсии и/или при хирургическом лечении)	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая	Да/Нет

	терапия, и/или лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	

2.2.19.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при гепатобластоме (коды по МКБ - 10: C22.2, D13.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства при установлении диагноза	Да/Нет

2.2.19.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при гепатобластоме (коды по МКБ - 10: C22.2, D13.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при установлении диагноза) (не обязательно у пациентов в возрасте от 6 месяцев до 3 лет с повышенными значениями альфа-фетопротеина в сыворотке крови)	Да/Нет
2.	Выполнена 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
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с/без внутривенного болюсного контрастирования при установлении диагноза	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства при установлении диагноза	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови при установлении диагноза	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (с исследованием уровня мочевины в крови, исследованием уровня креатинина в крови, исследованием уровня общего белка в крови, исследованием уровня общего билирубина в крови, определением активности аланинаминотрансферазы в крови, определением активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследованием уровня натрия в крови, исследованием уровня калия в крови) перед началом каждого курса химиотерапии	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый перед началом каждого курса химиотерапии	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови перед каждым курсом полихимиотерапии	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (с определением активности лактатдегидрогеназы в крови, определением активности аланинаминотрансферазы в крови, определением активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследованием уровня общего билирубина в крови, определением активности щелочной фосфатазы в крови, исследованием уровня общего белка в крови, исследованием уровня альбумина в крови, исследованием уровня креатинина в крови, исследованием уровня мочевины в крови, исследованием уровня калия в крови, исследованием уровня натрия в крови) (при установлении диагноза)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (с определением активности лактатдегидрогеназы в крови, определением активности аланинаминотрансферазы в крови, определением активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследованием уровня общего билирубина в крови, определением активности щелочной фосфатазы в крови, исследованием уровня общего белка в крови, исследованием уровня альбумина в крови, исследованием уровня креатинина в крови, исследованием уровня мочевины в крови, исследованием уровня калия в крови, исследованием уровня натрия в крови) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена биопсия первичной опухоли и/или метастатического очага с патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография пораженной области с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с/без внутривенным болюсным контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек (комплексное) (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, натрий, калий, глюкоза) (перед началом каждого курса химиотерапии)	Да/Нет
8.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (перед началом каждого курса химиотерапии)	Да/Нет

2.2.21.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке поджелудочной железы (коды по МКБ – 10: C25, D37.7)

№ 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 (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет

2.2.21.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке поджелудочной железы (коды по МКБ – 10: C25, D37.7)

№ 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 (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня антигена аденогенных раков СА 19-9 в крови (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе)	Да/Нет
4.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при проведении биопсии и/или при хирургическом лечении)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия, и/или химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.22.1. 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.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при наличии поражения регионарных лимфатических узлов)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.22.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке полости носа и придаточных пазух (коды по МКБ – 10: C30, C31)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при наличии поражения регионарных лимфатических узлов, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей верхних дыхательных путей и/или цитологическое исследование микропрепарата тканей верхних дыхательных путей	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла и/или цитологическое исследование препарата тканей лимфоузла	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия, и/или химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при хирургическом лечении)	Да/Нет

2.2.23.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке гортани (коды по МКБ – 10: C32, D38.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена фиброларингоскопия	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости и/или компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при распространенном раке с поражением шейных лимфоузлов) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография шеи с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография шеи с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.23.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке гортани (коды по МКБ – 10: C32, D38.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена фиброларингоскопия (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости и/или компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при распространенном раке с поражением шейных лимфоузлов, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография шеи с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография шеи с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей верхних дыхательных путей и/или цитологическое исследование мазков с поверхности слизистой оболочки верхних дыхательных путей и/или цитологическое исследование отделяемого верхних дыхательных путей и отпечатков	Да/Нет
6.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла и/или цитологическое исследование препарата тканей лимфоузла	Да/Нет
7.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия, и/или химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при хирургическом лечении)	Да/Нет

2.2.24.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке трахеи (коды по МКБ – 10: C33)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование забрюшинного пространства	Да/Нет
5.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (при планировании хирургического лечения)	Да/Нет

2.2.24.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке трахеи (коды по МКБ – 10: C33)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнена позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией (при подозрении на метастазы)	Да/Нет
3.	Выполнена трахеобронхоскопия (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
4.	Выполнена биопсия трахеи, бронхов при бронхоскопии (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей трахеи и бронхов	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия, и/или химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.25.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при злокачественном новообразовании бронхов и легкого (коды по МКБ - 10: C34)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона)	Да/Нет
4.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет

2.2.25.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании бронхов и легкого (коды по МКБ - 10: C34)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при установлении диагноза и/или не информативности ранее проведенных иных исследований) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием и/или компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

4.	Выполнена позитронная эмиссионная томография всего тела с опухолетропными РФП (при подозрении на метастазы)	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей легкого и/или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей легкого с применением иммуногистохимических методов	Да/Нет
6.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене EGFR в биопсийном (операционном) материале и/или молекулярно-генетическое исследование транслокаций гена ALK (при неплоскоклеточном немелкоклеточном раке легкого, после хирургического лечения)	Да/Нет
7.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене EGFR в биопсийном (операционном) материале и/или молекулярно-генетическое исследование транслокаций гена ALK, и/или молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене BRAF в биопсийном (операционном) материале, и/или молекулярно-генетическое исследование транслокаций гена ROS1 (при неплоскоклеточном немелкоклеточном раке легкого, без хирургического лечения)	Да/Нет
8.	Выполнено определение экспрессии белка PDL1 иммуногистохимическим методом (при отрицательных или неизвестных данных о наличии мутаций EGFR, BRAF или транслокаций ALK, ROS1, при неплоскоклеточном и плоскоклеточном немелкоклеточном раке)	Да/Нет
9.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия, и/или химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.26.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при опухолях средостения (коды по МКБ – 10: C37, C38.0, C38.1, C38.2, C38.3, C38.4, C38.8, D38.3, D38.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови и определение активности лактатдегидрогеназы в крови (при установлении диагноза, при опухоли переднего средостения)	Да/Нет

2.2.26.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при опухолях средостения (коды по МКБ – 10: C37, C38.0, C38.1, C38.2, C38.3, C38.4, C38.8, D38.3, D38.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при не информативности ранее проведенных иных исследований) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала опухоли средостения	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия, и/или химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.27.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при герминогенных опухолях у мужчин (коды по МКБ - 10: C38.1, C38.2, C38.3, C38.8, C48.0, C48.8, C62.0, C62.1, C62.9, D40.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови (при установлении диагноза и/или в течение 7-14 дней после хирургического вмешательства, и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
2.	Выполнено определение активности лактатдегидрогеназы в крови (при установлении диагноза и/или в течение 7-14 дней после хирургического вмешательства, и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография органов таза у мужчин с контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено назначение лекарственной противоопухолевой терапии (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.27.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при герминогенных опухолях у мужчин (коды по МКБ - 10: C38.1, C38.2, C38.3, C38.8, C48.0, C48.8, C62.0, C62.1, C62.9, D40.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови (при установлении диагноза и/или в течение 7-14 дней после хирургического вмешательства и/или перед каждым курсом химиотерапии, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
2.	Выполнено определение активности лактатдегидрогеназы в крови (при установлении диагноза и/или в течение 7-14 дней после хирургического вмешательства и/или перед каждым курсом лекарственной противоопухолевой терапии, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография органов таза у мужчин с контрастированием (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии	Да/Нет

	медицинских противопоказаний)	
7.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием или компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием (при наличии неврологической симптоматики и/или при уровне хорионического гонадотропина выше 50 000 мМЕ/мл, и/или при множественных метастазах в легких) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.28.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при экстракраниальных герминогенно-клеточных опухолях (коды по МКБ - 10: C38.1, C48.0, C49.0, C49.5, C49.9, C56, C62, C62.0, C62.1, C62.9, D15, D20, D21, D28, D29, D36)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (с определением активности лактатдегидрогеназы в крови, определением активности аланинаминотрансферазы в крови, определением активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследованием уровня общего билирубина в крови, определением активности щелочной фосфатазы в крови, исследованием уровня общего белка в крови, исследованием уровня альбумина в крови, исследованием уровня креатинина в крови, исследованием уровня мочевины в крови, исследованием уровня калия в крови, исследованием уровня натрия в крови) (перед каждым курсом полихимиотерапии)	Да/Нет

2.2.28.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при экстракраниальных герминогенно-клеточных опухолях (коды по МКБ - 10: C38.1, C48.0, C49.0, C49.5, C49.9, C56, C62, C62.0, C62.1, C62.9, D15, D20, D21, D28, D29, D36)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) и альфа-фетопroteина в сыворотке крови (пациентам до хирургического вмешательства, в том числе до биопсии), а также в случае «секретирующих опухолей» перед каждым этапом лечения)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (с определением активности лактатдегидрогеназы в крови, определением активности аланинаминотрансферазы в крови, определением активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследованием уровня общего билирубина в крови, определением активности щелочной фосфатазы в крови, исследованием уровня общего белка в крови, исследованием уровня альбумина в крови, исследованием уровня креатинина в крови, исследованием уровня мочевины в крови, исследованием уровня калия в крови, исследованием уровня натрия в крови) (перед каждым курсом полихимиотерапии)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости или компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография/магнитно-резонансная томография первичной опухоли : компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием или компьютерная томография брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием или	Да/Нет

	компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием или компьютерная томография органов малого таза у мужчин с контрастированием или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости, забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием или магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	

2.2.29.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при саркомах костей (коды по МКБ - 10: C40, C41)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование забрюшинного пространства	Да/Нет
3.	Выполнена биопсия кости	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костной ткани	Да/Нет
5.	Выполнено назначение лекарственной противоопухолевой терапии (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.29.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при саркомах костей (коды по МКБ - 10: C40, C41)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование забрюшинного пространства	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости	Да/Нет
4.	Выполнена биопсия кости	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костной ткани	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия и/или лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.30.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при злокачественных новообразованиях костей и суставных хрящей: остеосаркома, саркома Юинга (коды по МКБ - 10: D48.0, C40, C41)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография области первичного очага с захватом двух смежных суставов в двух проекциях всем пациентам с подозрением на ЗНО кости	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический с включением следующих параметров: определение активности лактатдегидрогеназы в крови (ЛДГ), определение активности аланинаминотрансферазы в крови (АЛТ), определение активности аспартатаминотрансферазы в крови (АСТ), исследование уровня общего билирубина в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование общего белка в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня мочевой кислоты в крови, исследование уровня калия в крови, исследование уровня натрия в крови, исследование уровня хлоридов в крови, исследование уровня кальция в крови)	Да/Нет

2.2.30.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при злокачественных новообразованиях костей и суставных хрящей: остеосаркома, саркома Юинга (коды по МКБ - 10: D48.0, C40, C41)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография области первичного очага с захватом двух смежных суставов в двух проекциях всем пациентам с подозрением на ЗНО кости	Да/Нет
2.	Выполнено МРТ пораженной области с контрастным усилением всем пациентам с подозрением на ЗНО кости или верифицированным ЗНО кости при первичном обследовании, при оценке ответа на проведенную терапию в процессе лечения и в динамическом наблюдении, а также при подозрении на рецидив заболевания (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнена биопсия кости (объемного образования) и патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических и, при необходимости, цитогенетических методов (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием всем пациентам с подозрением на ЗНО кости или выявленным ЗНО кости при первичном обследовании, при оценке ответа на проведенную терапию в процессе лечения и в динамическом наблюдении, а также при подозрении на рецидив заболевания (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический с включением следующих параметров: определение активности лактатдегидрогеназы в крови (ЛДГ), определение активности аланинаминотрансферазы в крови (АЛТ), определение активности аспартатаминотрансферазы в крови (АСТ), исследование уровня общего билирубина в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование общего белка в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня мочевой кислоты в крови, исследование уровня калия в крови, исследование уровня натрия в крови, исследование уровня хлоридов в крови, исследование уровня кальция в крови)	Да/Нет
7.	Выполнена компьютерная томография пораженной области внутривенным болюсным контрастированием всем пациентам с подозрением на ЗНО кости или верифицированным ЗНО кости при первичном обследовании, при оценке ответа на проведенную терапию в процессе лечения и в динамическом наблюдении, а также при подозрении на рецидив заболевания (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено ПЭТ/КТ всего тела всем пациентам с подозрением на ЗНО кости или выявленным ЗНО кости при первичном обследовании, при оценке ответа на проведенную терапию в процессе лечения и в динамическом наблюдении, а также при подозрении на рецидив заболевания	Да/Нет
9.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) всем пациентам с подозрением на саркому Юинга или другую недифференцированную мелкокруглоклеточную саркому кости (при установлении диагноза, в процессе терапии (при подтверждении его поражения) и после окончания лечения перед снятием с терапии	Да/Нет
10.	Выполнена предоперационная полихимиотерапия (пациентам с установленным диагнозом остеосаркома, саркома Юинга и другими недифференцированными мелкокруглоклеточными саркомами костей)	Да/Нет

11.	Выполнено хирургическое лечение и/или лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) и/или компьютерная томография органов таза у мужчин с контрастированием или компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при стадиях IIА–IV или эквиваленте) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнена рентгенография легких и/или компьютерная томография органов грудной полости (при стадиях IIА–IV или эквиваленте)	Да/Нет
4.	Выполнено 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 стадиях IIА–IV или эквиваленте) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием и/или компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием (при III или IV стадии или эквиваленте) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (до начала специализированного лечения, за исключением случаев явной клинической картины меланомы кожи и слизистых оболочек и случаев экстренного хирургического вмешательства)	Да/Нет
7.	Выполнено молекулярно-генетического исследование мутаций в гене BRAF в биопсийном (операционном) материале (при III и/или IV стадий или эквиваленте, при отсутствии проведения исследования ранее)	Да/Нет
8.	Назначена лекарственная противоопухолевая терапия (при IIВ-IV стадии или эквиваленте) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография легких и/или компьютерная томография органов грудной полости (при отсутствии проведения на предыдущем этапе, либо не информативности исследования)	Да/Нет
2.	Выполнено 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 отсутствии проведения на предыдущем этапе, либо не информативности исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) и/или компьютерная томография органов таза у мужчин с контрастированием или компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография	Да/Нет

	органов малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе, либо не информативности исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	
4.	Выполнено назначение иссечения новообразований мягких тканей (с определением «сторожевого» лимфатического узла) (или без иссечения новообразования мягких тканей в случае, если было выполнено ранее) (при меланоме кожи, при толщине по Бреслоу 0,8 мм и более)	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием и/или компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием (при III или IV стадии или эквиваленте, при отсутствии проведения на предыдущем этапе, либо не информативности исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (до начала лекарственной противоопухолевой терапии и/или лучевой терапии, за исключением случаев явной клинической картины меланомы кожи и слизистых оболочек и случаев экстренного хирургического вмешательства)	Да/Нет
8.	Выполнено молекулярно-генетического исследование мутаций в гене BRAF в биопсийном (операционном) материале (при III и/или IV стадий или эквиваленте, при отсутствии проведения исследования ранее)	Да/Нет
9.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-нейрохирурга первичный (при метастатическом поражении головного мозга и при отсутствии проведения консилиума ранее с участием врача-нейрохирурга)	Да/Нет
10.	Выполнено назначение лекарственной противоопухолевой терапии моноклональными антителами и/или ингибиторами протеинкиназы (при III и/или IV стадии или эквиваленте) (при наличии показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (с указанием толщины первичной опухоли по Бреслоу, наличия или отсутствия изъязвления, с оценкой расстояния от всех (латеральных и глубокого) краев резекции до ближайшего края опухоли, при хирургическом лечении по поводу первичной меланомы кожи)	Да/Нет

2.2.33.1. 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 (операционного) материала кожи (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов) (при установлении диагноза и при III и/или IV стадии или эквиваленте)	Да/Нет

2.2.33.2. 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 ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов) (при установлении диагноза и при III и/или IV стадии или эквиваленте, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием и/или компьютерная томография верхней	Да/Нет

	конечности с внутривенным болюсным контрастированием, и/или компьютерная томография нижней конечности с внутривенным болюсным контрастированием, и/или компьютерная томография мягких тканей с контрастированием, и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием, и/или компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография верхней конечности с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография нижней конечности с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография мягких тканей с контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография органов грудной клетки с внутривенным контрастированием (при III и/или IV стадии или эквиваленте, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	
3.	Выполнено хирургическое лечение и/или лучевая терапия, и/или фотодинамическая терапия, и/или криодеструкция, и/или лекарственная противоопухолевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи и/или цитологическое исследование микропрепарата кожи (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет

2.2.34.1. 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 ультразвуковое исследование кожи (одна анатомическая зона) и/или ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая зона)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов)	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием и/или компьютерная томография верхней конечности, с внутривенным болюсным контрастированием, и/или компьютерная томография нижней конечности с внутривенным болюсным контрастированием, и/или компьютерная томография мягких тканей с контрастированием, и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием, и/или компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием, и/или компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием или компьютерная томография органов таза у мужчин с контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография верхней конечности с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография нижней конечности с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография мягких тканей с контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография органов грудной клетки с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная	Да/Нет

	томография органов малого таза с внутривенным контрастированием, и/или позитронная эмиссионная томография всего тела с опухолетропными РФП (с внутривенным контрастированием) (для определения распространенности процесса) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	

2.2.34.2. 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 (операционного) материала и/или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов (при хирургическом лечении и/или при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование кожи (одна анатомическая зона) и/или ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая зона) (если первичная опухоль не была удалена на этапе эксцизионной биопсии при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов) (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием и/или компьютерная томография верхней конечности с внутривенным болюсным контрастированием, и/или компьютерная томография нижней конечности с внутривенным болюсным контрастированием, и/или компьютерная томография мягких тканей с контрастированием, и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием, и/или компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием, и/или компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием или компьютерная томография органов таза у мужчин с контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография верхней конечности с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография нижней конечности с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография мягких тканей с контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография органов грудной клетки с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием, и/или позитронная эмиссионная томография всего тела с опухолетропными РФП (с внутривенным контрастированием) (для определения распространенности процесса, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

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

№	Критерии оценки качества	Оценка

п/п		выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при установлении диагноза, за исключением случаев экстренной хирургии)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием и/или компьютерная томография верхней конечности с внутривенным болюсным контрастированием, и/или компьютерная томография нижней конечности с внутривенным болюсным контрастированием, и/или компьютерная томография мягких тканей с контрастированием, и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием, и/или компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием, и/или компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием или компьютерная томография органов таза у мужчин с контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография верхней конечности с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография нижней конечности с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография мягких тканей с контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография органов грудной клетки с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (для определения распространенности процесса) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.35.2. 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.	Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием и/или компьютерная томография верхней конечности с внутривенным болюсным контрастированием, и/или компьютерная томография нижней конечности с внутривенным болюсным контрастированием, и/или компьютерная томография мягких тканей с контрастированием, и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием, и/или компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием, и/или компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием или компьютерная томография органов таза у мужчин с контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография верхней конечности с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография нижней конечности с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография мягких тканей с контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография органов грудной клетки с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (для определения распространенности процесса, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна	Да/Нет

	анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов) (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	
3.	Выполнено хирургическое лечение и/или лучевая терапия, и/или фотодинамическая терапия, и/или криодеструкция, и/или лекарственная противоопухолевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при хирургическом лечении и/или при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет

2.2.36.1. 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 с внутривенным болюсным контрастированием (при установлении диагноза и при диспансерном наблюдении) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием (при установлении диагноза и при диспансерном наблюдении) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием или компьютерная томография органов таза у мужчин с контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза и при диспансерном наблюдении) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.36.2. 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.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием или компьютерная томография органов таза у мужчин с контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена торакоскопия и биопсия плевры или лапароскопия диагностическая (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов (при проведении биопсии и/или при хирургическом лечении)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при	Да/Нет

	отсутствии медицинских противопоказаний)	

2.2.37.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при нейробластоме (коды по МКБ - 10: C38.2, C47.0, C47.3, C47.4, C47.5, C47.6, C47.8, C47.9, C48.0, C74.1, C74.9, C76.0, C76.1, C76.2, C76.7, C76.8, D48.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (с исследованием уровня мочевины в крови, исследованием уровня креатинина в крови, исследованием уровня общего белка в крови, исследованием уровня общего билирубина в крови, определением активности аланинаминотрансферазы в крови, определением активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследованием уровня натрия в крови, исследованием уровня калия в крови,) (при установлении диагноза, перед началом каждого курса химиотерапии)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза, перед началом каждого курса химиотерапии)	Да/Нет
3.	Выполнена спиральная компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза, для оценки ответа на проводимую терапию, при планировании оперативного вмешательства, после завершения специфического лечения, в процессе динамического наблюдения)	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием зоны первичного опухолевого очага и/или компьютерная томография зоны первичного опухолевого очага с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза) (не обязательно для детей первых 6 месяцев жизни с локализованным образованием в области надпочечника)	Да/Нет
6.	Выполнено патолого-анатомическое исследование ткани первичной опухоли и/или очагов, подозрительных на метастатические и/или морфологическое/цитологическое исследование костного мозга (при установлении диагноза) (не обязательно для детей первых 6 месяцев с локализованным образованием в области надпочечника)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства (комплексное) (при установлении диагноза)	Да/Нет

2.2.38.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке яичников, раке маточной трубы, первичном раке брюшины (коды по МКБ – 10: C48, C56, C57, D39.1, D39.7, D39.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости и/или компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (для установления диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием (для установления диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием и/или компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием (для установления диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

4.	Выполнено исследование уровня антигена аденогенных раков СА 125 в крови	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства	Да/Нет
6.	Выполнено назначение лекарственной противоопухолевой терапии (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.38.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке яичников, раке маточной трубы, первичном раке брюшины (коды по МКБ – 10: C48, C56, C57, D39.1, D39.7, D39.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости и/или компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при условии отсутствия выполнения на предыдущем этапе) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и/или компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при условии отсутствия выполнения на предыдущем этапе) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием и/или компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием (при условии отсутствия выполнения на предыдущем этапе) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала и/или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала яичника, и/или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала сальника, и/или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала брюшины	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня антигена аденогенных раков СА 125 в крови (при условии отсутствия выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства (при условии отсутствия выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
7.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.39.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при саркомах мягких тканей (коды по МКБ – 10: C49)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнена магнитно-резонансная томография мягких тканей с контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.39.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при саркомах мягких тканей (коды по МКБ – 10: C49)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена биопсия опухолей, опухолеподобных образований мягких тканей	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного)	Да/Нет

	материала опухолей, опухолеподобных образований мягких тканей	
3.	Выполнена магнитно-резонансная томография мягких тканей с контрастированием и/или компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием, и/или компьютерная томография органов таза у мужчин с контрастированием, и/или компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием, и/или позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с туморотропными РФП с контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.40.1. 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 маммография и/или ультразвуковое исследование молочных желез и ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов), и/или магнитно-резонансная томография молочной железы	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография легких и/или компьютерная томография органов грудной полости	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при не информативности ультразвукового исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет

2.2.40.2. 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 прицельная пункционная под контролем рентгенографического исследования и/или биопсия лимфатического узла под контролем ультразвукового исследования (сторожевого лимфатического узла)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов (при проведении биопсии и/или при хирургическом лечении)	Да/Нет
3.	Выполнена маммография и/или ультразвуковое исследование молочных желез и ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов), и/или магнитно-резонансная томография молочной железы (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография легких и/или компьютерная томография органов грудной полости (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным	Да/Нет

	болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при не информативности ультразвукового исследования и/или при отсутствии проведения на предыдущем этапе, и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
8.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия и/или лучевая терапия и/или химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.41.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке вульвы (коды по МКБ – 10: C51, D07.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала вульвы (первичного очага)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов, включая паховые области)	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (с оценкой регионарных лимфатических узлов) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.41.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке вульвы (коды по МКБ – 10: C51, D07.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала вульвы (при условии отсутствия выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
2.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (с оценкой регионарных лимфатических узлов) (при условии отсутствия выполнения на предыдущем этапе) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия, и/или химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.42.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при злокачественных новообразованиях влагалища (коды по МКБ - 10: C52, D07.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (с оценкой регионарных лимфатических узлов) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала влагалища (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено назначение лекарственной противоопухолевой терапии (в зависимости	Да/Нет

	от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов, включая паховые области)	Да/Нет

2.2.42.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях влагалища (коды по МКБ - 10: C52, D07.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала влагалища (при установлении диагноза) (при условии отсутствия выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
3.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.43.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке шейки матки (коды по МКБ – 10: C53, D06)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография легких или компьютерная томография органов грудной полости	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и/или ультразвуковое исследование забрюшинного пространства	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала шейки матки и/или патолого-анатомическое исследование соскоба полости матки, цервикального канала (для верификации диагноза)	Да/Нет
6.	Назначена лекарственная противоопухолевая терапия (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.43.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке шейки матки (коды по МКБ – 10: C53, D06)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография легких или компьютерная томография органов грудной полости (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и/или ультразвуковое исследование забрюшинного пространства (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при	Да/Нет

	отсутствии медицинских противопоказаний)	
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала шейки матки и/или патолого-анатомическое исследование соскоба полости матки, цервикального канала, и/или оценка, интерпретация и описание результатов патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при хирургическом лечении)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение и/или химиолучевая терапия и/или лучевая терапия, и/или лекарственная противоопухолевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.44.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке тела матки и саркомах матки (коды по МКБ – 10: C54, C55, D07.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных и периферических)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.44.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке тела матки и саркомах матки (коды по МКБ – 10: C54, C55, D07.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных и периферических, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала и/или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов (при хирургическом лечении и/или отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при	Да/Нет

	отсутствии медицинских противопоказаний)	

2.2.45.1. 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	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина в сыворотке крови	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и/или позитронная эмиссионная томография всего тела с туморотропными РФП (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.45.2. 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 отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина в сыворотке крови (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и/или позитронная эмиссионная томография всего тела с туморотропными РФП (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение (включая органосохраняющее) и/или лекарственная противоопухолевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

2.2.46.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при пограничных опухолях яичников (коды по МКБ – 10: D39.1 (C56))

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня антигена аденогенных раков СА 125 в крови	Да/Нет

2.2.46.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при пограничных опухолях яичников (коды по МКБ – 10: D39.1 (C56))

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня антигена аденогенных раков СА 125 в крови (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение (включая органосохраняющее) и/или лекарственная противоопухолевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография легких и/или компьютерная томография органов грудной полости	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина в сыворотке крови	Да/Нет

2.2.47.2. 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 сыворотке крови	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография легких и/или компьютерная томография органов грудной полости (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при хирургическом лечении)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.49.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке полового члена (коды по МКБ – 10: C60, D40.7)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование сосудов полового члена и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнена рентгенография легких и/или компьютерная томография органов грудной полости, и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.49.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке полового члена (коды по МКБ – 10: C60, D40.7)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при установлении диагноза и/или при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или при хирургическом лечении)	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография легких и/или компьютерная томография органов грудной полости, и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов таза у мужчин с контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия, и/или химиолучевая терапия (в зависимости от	Да/Нет

	медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	

2.2.50.1. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный (трансректальное пальцевое исследование) (при установлении диагноза)	Да/Нет

2.2.50.2. 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 (мультифокальная) предстательной железы трансректальная пункционная под контролем ультразвукового исследования (при установлении диагноза и/или при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование предстательной железы трансректальное	Да/Нет
3.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза и/или определении тактики лечения)	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала предстательной железы (при установлении диагноза и/или при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования и/или при проведении хирургического лечения)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.51.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке паренхимы почки (коды по МКБ – 10: С64)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства, и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнена эхокардиография (при опухолевом венозном тромбозе, распространяющемся выше нижней границы печени)	Да/Нет
3.	Выполнена рентгенография легких и/или компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (до начала лекарственной терапии, при метастатическим или местно-распространенным неоперабельным почечно-клеточном раке)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня альбумина в крови (до начала лекарственной терапии, при метастатическим или местно-распространенным неоперабельным	Да/Нет

	почечно-клеточном раке)	
6.	Выполнено исследование уровня общего кальция в крови и/или исследование уровня ионизированного кальция в крови (до начала лекарственной терапии, при метастатическим или местно-распространенным неоперабельным почечно-клеточном раке)	Да/Нет

2.2.51.2. 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 рентгенография легких и/или компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-онкологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара (с оценкой риска IMDC при метастатическом или местно-распространенном неоперабельном почечно-клеточном раке)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен развернутый клинический анализ крови 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)	Да/Нет
2.	Выполнен биохимический общетерапевтический анализ крови (мочевина, креатинин, электролиты, глюкоза, лактатдегидрогеназа, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, 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
3.	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	Да/Нет

	интервал между введениями препаратов больше 1 недели, то не менее 1 раза в неделю)	
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства (перед началом лечения на этапе предоперационной терапии, а также перед началом специфической терапии)	Да/Нет
5.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием (перед началом лечения на этапе предоперационной терапии, а также перед началом специфической терапии)	Да/Нет
6.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала	Да/Нет
7.	Выполнена КТ органов грудной полости или рентгенография легких в 2-х проекциях (перед началом лечения на этапе предоперационной терапии, а также перед началом специфической терапии)	Да/Нет

2.2.53.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при уротелиальном раке верхних мочевыводящих путей (коды по МКБ – 10: C65, C66)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена цистоскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование мочи для выявления клеток опухоли	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование забрюшинного пространства и ультразвуковое исследование почек, и/или ультразвуковое исследование мочевого пузыря	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием (с проведением экскреторной фазы) и/или компьютерная томография органов таза у мужчин с контрастированием, или компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.53.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при уротелиальном раке верхних мочевыводящих путей (коды по МКБ – 10: C65, C66)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием (с проведением экскреторной фазы) и/или компьютерная томография органов таза у мужчин с контрастированием, или компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено определение экспрессии белка PDL1 иммуногистохимическим методом (при неоперабельном местно-распространенном и диссеминированном уротелиальном раке верхних мочевыводящих путей)	Да/Нет
3.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	Да/Нет

2.2.54.1. 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.	Выполнено ультразвуковое исследование мочевого пузыря	Да/Нет
2.	Выполнена цистоскопия	Да/Нет
3.	Выполнено исследование мочи для выявления клеток опухоли	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (с оценкой по VI-RADS) и/или компьютерная томография органов таза у мужчин с контрастированием, или компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	Да/Нет
2.	Выполнено определение экспрессии белка PDL1 иммуногистохимическим методом (всем пациентам с неоперабельным местно-распространенным и диссеминированным РМП в первой линии терапии)	Да/Нет
3.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или химиолучевая терапия, и/или лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.55.1. 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.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости, и/или магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнена сцинтиграфия костей всего тела (при метастатическом раке уретры и/или при наличии костных симптомов (боль и патологический перелом) и/или при повышении уровня щелочной фосфатазы)	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография легких и/или компьютерная томография органов грудной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена уретроскопия и цистоскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование мочи для выявления клеток опухоли (при установлении диагноза)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских	Да/Нет

	противопоказаний)	
2.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости, и/или магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнена сцинтиграфия костей всего тела (при метастатическом раке уретры и/или при наличии костных симптомов (боль и патологический перелом) и/или при повышении уровня щелочной фосфатазы и/или при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
4.	Выполнена уретроскопия и цистоскопия (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование мочи для выявления клеток опухоли (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия, и/или химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала и/или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов	Да/Нет

2.2.56.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при увеальной меланоме (коды по МКБ – 10: C69.3, C69.4, C69.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	Да/Нет
2.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
3.	Выполнена гониоскопия (при презкваториальной локализации)	Да/Нет
4.	Выполнена офтальмоскопия (с мидриазом)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование глазного яблока	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный	Да/Нет
7.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости	Да/Нет
8.	Выполнена магнитно-резонансная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием и/или компьютерная томография брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.56.2. 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 магнитно-резонансная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием и/или компьютерная томография брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при отсутствии проведения исследования на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (при локальной форме увеальной меланомы)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование глазного яблока и биомикроскопия глаза и оптическое исследование заднего отдела глаза с помощью компьютерного анализатора (при локальной форме увеальной меланомы)	Да/Нет
4.	Выполнена оптическая когерентная томография при меланоме хориоидеи (малых размеров, постэкваториальной локализации)	Да/Нет

5.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при отсутствии проведения исследования на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
6.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при хирургическом лечении)	Да/Нет
7.	Выполнено лазерное, хирургическое лечение и/или лучевая терапия (при локальной форме увеальной меланомы) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия (при метастатической увеальной меланоме) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.57.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и 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-онколога первичный	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	Да/Нет
3.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием и/или компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография спинного мозга с контрастированием (один отдел) (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено направление на патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
2.	Выполнено направление на прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный и/или направление на прием (осмотр, консультация) врача-онколога повторный, и/или выполнен прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный	Да/Нет
3.	Выполнено направление на мультидисциплинарный консилиум (при отсутствии проведения консилиума на предыдущем этапе)	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием и/или компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография спинного мозга с контрастированием (один отдел) (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия, и/или химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

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

№	Критерии оценки качества	Оценка

п/п		выполнения
1.	Выполнено исследование уровня кальцитонина в крови	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня ракового эмбрионального антигена в крови (после хирургического вмешательства)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов грудной клетки с внутривенным контрастированием (при наличии регионарных метастазов в лимфатических узлах (N1) или при сывороточном уровне кальцитонина >400 пг/мл) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография шеи с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография шеи с внутривенным контрастированием (при наличии регионарных метастазов в лимфатических узлах (N1) или при сывороточном уровне кальцитонина >400 пг/мл) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при наличии регионарных метастазов в лимфатических узлах (N1) или при сывороточном уровне кальцитонина >400 пг/мл) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.59.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям 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 отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
4.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене RET в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография органов грудной клетки с внутривенным контрастированием (при наличии регионарных метастазов в лимфатических узлах (N1) или при сывороточном уровне кальцитонина >400 пг/мл, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография шеи с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография шеи с внутривенным контрастированием (при наличии регионарных метастазов в лимфатических узлах (N1) или при сывороточном уровне кальцитонина >400 пг/мл, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при наличии регионарных метастазов в лимфатических узлах (N1) или при сывороточном уровне	Да/Нет

	кальцитонина >400 пг/мл, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	
8.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия и/или лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей щитовидной железы (при хирургическом лечении)	Да/Нет

2.2.61.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при дифференцированном раке щитовидной железы (коды по МКБ - 10: C73, D44.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня кальцитонина в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона)	Да/Нет
5.	Назначено лечение левотироксином натрия (после хирургического лечения) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня тиреоглобулина в крови (после хирургического лечения)	Да/Нет
7.	Выполнено определение содержания антител к тироглобулину в сыворотке крови (после хирургического вмешательства)	Да/Нет
8.	Выполнена пункция щитовидной или паращитовидной железы под контролем ультразвукового исследования	Да/Нет
9.	Выполнено цитологическое исследование микропрепарата тканей щитовидной железы (по протоколу Bethesda Thyroid Classification 2017)	Да/Нет

2.2.61.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при дифференцированном раке щитовидной железы (коды по МКБ - 10: C73, D44.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена пункция щитовидной или паращитовидной железы под контролем ультразвукового исследования и/или биопсия щитовидной или паращитовидной железы (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
2.	Выполнено цитологическое исследование микропрепарата тканей щитовидной железы (по протоколу Bethesda Thyroid Classification 2017, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез и ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (по протоколу EU-TIRADS, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
4.	Выполнена пункция лимфатического узла под контролем ультразвукового исследования (при наличии изменений регионарных лимфоузлов по данным ультразвукового исследования)	Да/Нет
5.	Выполнено цитологическое исследование препарата тканей лимфоузла (при наличии изменений регионарных лимфоузлов по данным ультразвукового исследования)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография шеи с внутривенным болюсным	Да/Нет

	контрастированием (при соответствии опухоли сТ3-сТ4 и/или N1 по данным TNM8) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	
7.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при соответствии опухоли сТ3-сТ4 и/или N1 по данным TNM8) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия и/или лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей щитовидной железы (при хирургическом лечении)	Да/Нет

2.2.62.1. 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.	Выполнено определение гормонального тиреоидного профиля (Т4св, АТ-ТГ, АТ-ТПО, определение ТТГ, тиреоглобулина, кальцитонина)	Да/Нет
2.	Выполнено УЗИ щитовидной железы и лимфатических узлов шеи всех уровней с стратификацией риска злокачественности по системе TIRADS	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при отсутствии проведения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования)	Да/Нет
4.	Выполнена видеоларингоскопия (при планировании хирургического лечения)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение гормонального тиреоидного профиля (Т4св, АТ-ТГ, АТ-ТПО, определение ТТГ, тиреоглобулина, кальцитонина)	Да/Нет
2.	Выполнено УЗИ щитовидной железы и лимфатических узлов шеи всех уровней с стратификацией риска злокачественности по системе TIRADS	Да/Нет
3.	Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ)ЩЖ (под контролем УЗИ) с последующим цитологическим исследованием микропрепарата по протоколу Bethesda Thyroid Classification 2023	Да/Нет
4.	Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия лимфатического узла с определением уровня тиреоглобулина или кальцитонина в смыве из иглы	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при отсутствии проведения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования)	Да/Нет
6.	Выполнена видеоларингоскопия (при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
7.	Выполнена компьютерная томография шеи с в/в болюсным контрастированием или магнитно-резонансная томография шеи с в/в контрастированием	Да/Нет
8.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	Да/Нет
9.	Выполнена консультация врача генетика	Да/Нет
10.	Выполнено хирургическое лечение	Да/Нет
11.	Выполнена радиойодтерапия (РЙТ) (пациентам высокой и промежуточной группы риска прогрессирования)	Да/Нет
12.	Выполнено лечение левотироксином натрия (пациентам после хирургического лечения)	Да/Нет

2.2.63.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при раке коры надпочечника (адренокортикальном раке) (коды по МКБ – 10: C74)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный	Да/Нет
2.	Выполнена спиральная компьютерная томография легких (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня общего кортизола в крови (в утренние часы)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня общего кортизола в крови (в ранние утренние часы на фоне подавляющего теста с 1 мг дексаметазона)	Да/Нет

2.2.63.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при раке коры надпочечника (адренокортикальном раке) (коды по МКБ – 10: C74)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала надпочечника с применением иммуногистохимических методов (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
2.	Выполнена спиральная компьютерная томография легких (при отсутствии проведения исследования на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
3.	Выполнено магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием и/или позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с опухолетропными РФП (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня общего кортизола в крови (в ранние утренние часы на фоне подавляющего теста с 1 мг дексаметазона) (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.65.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при опухолях невыявленной первичной локализации (коды по МКБ – 10: C76-C80, D37-D48)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный (для женщин)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.65.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при опухолях невыявленной первичной локализации (коды по МКБ – 10: C76-C80, D37-D48)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с туморотропными РФП (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при не информативности ранее проведенных исследований) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена магнитно-резонансная томография шеи (при подозрении на наличие опухолевого образования области шеи)	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при семейном онкологическом анамнезе)	Да/Нет
7.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов	Да/Нет
8.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия, и/или химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.66.1. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный (с оценкой необходимости дообследования и рекомендациями по дальнейшей тактике лечения)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-нейрохирурга первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.66.2. 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 компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и/или не информативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено направление на патолого-анатомическое исследование биопсийного	Да/Нет

	(операционного) материала (при хирургическом вмешательстве)	
3.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия, и/или химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено направление на мультидисциплинарный консилиум (при отсутствии проведения консилиума на предыдущем этапе)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (с исследованием активности лактатдегидрогеназы)	Да/Нет
5.	Выполнена позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографии всего тела или компьютерная томография шеи, органов грудной полости, брюшной полости и малого таза (с внутривенным болюсным контрастированием) или ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) и органов брюшной полости (комплексное) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (с исследованием активности лактатдегидрогеназы)	Да/Нет
5.	Выполнена позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографии всего тела или компьютерная томография шеи, органов грудной полости, брюшной полости и малого таза (с внутривенным болюсным контрастированием) или ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) и органов брюшной полости (комплексное) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена биопсия лимфатического узла (либо другого очага поражения) и патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов (при диагностике)	Да/Нет
7.	Выполнено лечение комбинациями антрациклинов и родственными соединениями и/или другими алкилирующими средствами и /или другими противоопухолевыми антибиотиками и/или алкалоидами растительного происхождения и другими природными веществами и/или производными подофиллотоксина и/или антиметаболитами и/или метилгидразинами и/или моноклональными антителами и/или аналогами азотистого иприта и/или аналогами пиримидина и/или препаратами платины и/или производными нитрозомочевины и глюкокортикоидами (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний).	Да/Нет
8.	Выполнена оценка ответа на терапию (в соответствии со стандартными критериями ответа на лечение лимфом)	Да/Нет
9.	Выполнена коррекция / смена терапии (при развитии рецидива или при резистентном течении) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний).	Да/Нет

2.2.69.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при фолликулярной лимфоме (коды по МКБ - 10: С82, С85.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза врачом-гематологом	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование врачом-гематологом	Да/Нет
3.	Выполнен развернутый клинический анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (с исследованием активности лактатдегидрогеназы)	Да/Нет
5.	Выполнена позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией всего тела или компьютерная томография органов грудной полости, мягких тканей, органов брюшной полости, забрюшинного пространства и органов малого таза (при необходимости с контрастированием) или ультразвуковое исследование лимфатических узлов и органов брюшной полости (комплексное) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.2.69.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при фолликулярной лимфоме (коды по МКБ - 10: С82, С85.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза врачом-гематологом	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование врачом-гематологом	Да/Нет
3.	Выполнен развернутый клинический анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (с исследованием активности лактатдегидрогеназы)	Да/Нет
5.	Выполнена позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией всего тела или компьютерная томография органов грудной полости, мягких тканей, органов брюшной полости, забрюшинного пространства и органов малого таза (при необходимости с контрастированием) или ультразвуковое исследование лимфатических узлов и органов брюшной полости (комплексное) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена биопсия лимфатического узла (либо другого очага поражения) с патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов (при диагностике)	Да/Нет
7.	Выполнено получение цитологического препарата костного мозга и цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) и получение гистологического препарата костного мозга (трепанобиопсия) и патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов	Да/Нет
8.	Выполнена противоопухолевая терапия (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнена оценка эффективности терапии	Да/Нет
10.	Выполнена коррекция/ смена терапии (при развитии рецидива или при резистентном течении ФЛ)	Да/Нет

2.2.71.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при лимфоме маргинальной зоны (коды по МКБ - 10: С83.0)

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

	при контрольных обследованиях, после завершения каждого цикла терапии и перед началом каждого нового цикла терапии, при оценке ремиссии после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания или при установленном диагнозе)	
3.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов (при установлении диагноза, при контрольных обследованиях, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
4.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование биоптата стенки желудка на хеликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>), или антител к хеликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>) в крови, определение антигена хеликобактера пилори в фекалиях и 13С-уреазный дыхательный тест на <i>Helicobacter pylori</i> , при установлении диагноза лимфомы маргинальной зоны желудка	Да/Нет

2.2.71.2. 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.	Выполнена компьютерная томография грудной полости или прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
2.	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.	Выполнена биопсия (взятие биопсийного материала) лимфатического узла либо другого очага поражения, с патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов при установлении диагноза (если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да/Нет
4.	Выполнена противоопухолевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.72.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при лимфоме из клеток мантии (коды по МКБ - 10: C83.1, C85.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза врачом-гематологом	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование врачом-гематологом	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (с исследованием активности лактатдегидрогеназы)	Да/Нет
5.	Выполнена позитронно-эмиссионная томография/совмещенная с компьютерной томографией всего тела или компьютерная томография органов грудной полости, мягких тканей, органов брюшной полости, забрюшинного пространства и органов малого таза (при необходимости с контрастированием) или ультразвуковое исследование лимфатических узлов и органов брюшной полости (комплексное) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.2.72.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при лимфоме из клеток мантии (коды по МКБ - 10: C83.1, C85.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза врачом-гематологом	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование врачом-гематологом	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (с исследованием	Да/Нет

	активности лактатдегидрогеназы)	
5.	Выполнена позитронно-эмиссионная томография/совмещенная с компьютерной томографией всего тела или компьютерная томография органов грудной полости, мягких тканей, органов брюшной полости, забрюшинного пространства и органов малого таза (при необходимости с контрастированием) или ультразвуковое исследование лимфатических узлов и органов брюшной полости (комплексное) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена биопсия лимфоузла или другого очага поражения с патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов	Да/Нет
7.	Выполнено получение гистологического препарата костного мозга и патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов	Да/Нет
8.	Выполнено противоопухолевое лечение (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнена оценка эффективности лечения	Да/Нет
10.	Выполнена коррекция/ смена терапии (при развитии рецидива или при резистентном течении ЛКМ)	Да/Нет

2.2.73.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при агрессивных нефолликулярных лимфомах - диффузная В-клеточная крупноклеточная лимфома, В-клеточная лимфома высокой степени злокачественности с перестройкой генов с-МYC и BCL2/BCL6, первичная медиастинальная В-клеточная лимфома, медиастинальная лимфома серой зоны, лимфома Беркитта, плазмобластная лимфома (коды по МКБ - 10: C83.3, C83.7, C83.8, C83.9, C85, C85.2, C91.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (с исследованием активности лактатдегидрогеназы)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование коагулограммы (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
6.	Выполнена позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ) или компьютерная томография органов грудной полости, мягких тканей, органов брюшной полости, забрюшинного пространства и органов малого таза (при необходимости с контрастированием) или ультразвуковое исследование лимфатических узлов и органов брюшной полости (комплексное) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.2.73.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при агрессивных нефолликулярных лимфомах - диффузная В-клеточная крупноклеточная лимфома, В-клеточная лимфома высокой степени злокачественности с перестройкой генов с-МYC и BCL2/BCL6, первичная медиастинальная В-клеточная лимфома, медиастинальная лимфома серой зоны, лимфома Беркитта, плазмобластная лимфома (коды по МКБ - 10: C83.3, C83.7, C83.8, C83.9, C85, C85.2, C91.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (с исследованием активности лактатдегидрогеназы)	Да/Нет

5.	Выполнено исследование коагулограммы (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
6.	Выполнена позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ) или компьютерная томография органов грудной полости, мягких тканей, органов брюшной полости, забрюшинного пространства и органов малого таза (при необходимости с контрастированием) или ультразвуковое исследование лимфатических узлов и органов брюшной полости (комплексное) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнена биопсия лимфатического узла (или другого очага поражения) и патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов	Да/Нет
8.	Выполнено получение гистологического препарата костного мозга и патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов	Да/Нет
9.	Выполнено лечение аналогами азотистого иприта и/или моноклональными антителами и/или антрациклинами и родственными соединениями и/или другими алкилирующими средствами и/или антиметаболитами и/или производными подофиллотоксина и/или аналогами пиримидина и/или аналогами фолиевой кислоты и/или прочими противоопухолевыми антибиотиками и/или другими иммунодепрессантами и/или ингибиторами протеинкиназ и/или прочими противоопухолевыми средствами и/или препаратами платины и/или производными нитрозомочевины и/или алкилсульфатами и глюкокортикоидами (различными комбинациями) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний).	Да/Нет
10.	Выполнена оценка эффективности лечения	Да/Нет
11.	Выполнена коррекция/ смена терапии (при развитии рецидива или при резистентном течении) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний).	Да/Нет

2.2.75.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при грибовидном микозе (коды по МКБ - 10: С84.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнена позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией всего тела или магнитно-резонансная томография органов грудной полости, мягких тканей, органов брюшной полости, забрюшинного пространства и органов малого таза (при необходимости с контрастированием) и ультразвуковое исследование лимфатических узлов (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.2.75.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при грибовидном микозе (коды по МКБ - 10: С84.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала кожи	Да/Нет
5.	Выполнена позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией всего тела или магнитно-резонансная томография органов грудной полости, мягких тканей, органов брюшной полости, забрюшинного пространства и органов малого таза (при необходимости с контрастированием) и ультразвуковое исследование лимфатических узлов (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

6.	Выполнено лечение кортикостероидами для дерматологического применения и/или ультрафиолетовое облучение кожи (пациентам с ранними стадиями)	Да/Нет
7.	Выполнено лечение интерфероном альфа-2b и/или метотрексатом и/или вориностатом и/или гемцитабином и/или брентуксимаб ведотином (у пациентов с IIВ, III стадиями) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнена терапия СНОР у пациентов с трансформацией микоза в крупноклеточную лимфому и/или внекожном распространении (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний).	Да/Нет
9.	Выполнена коррекция / смена терапии (при развитии рецидива или при резистентном течении) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний).	Да/Нет

2.2.77.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при синдроме Сезари (коды по МКБ – 10: C84.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (с определением активности лактатдегидрогеназы)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов	Да/Нет
4.	Выполнена позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с опухолюпротропными РФП всего тела или компьютерная томография органов грудной полости, органов малого таза, органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.2.77.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при синдроме Сезари (коды по МКБ - 10: C84.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (с определением активности лактатдегидрогеназы)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов	Да/Нет
4.	Выполнена позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с опухолюпротропными РФП всего тела или компьютерная томография органов грудной полости, органов малого таза, органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи	Да/Нет
6.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга	Да/Нет
7.	Выполнено лечение метотрексатом и/или интерфероном (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний).	Да/Нет
8.	Выполнено лечение антигистаминными средствами системного действия (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний).	Да/Нет
9.	Выполнена коррекция/ смена терапии (при недостаточной эффективности монотерапии первой линии) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний).	Да/Нет

2.2.79.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при нодальных Т-клеточных лимфомах (коды по МКБ - 10: C84.5, C84.6, C84.7, C84.9, C86.0, C86.1, C86.5)

№	Критерии оценки качества	Оценка

п/п		выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (с исследованием активности ЛДГ)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование свертывающей системы крови (коагулограмма)	Да/Нет
6.	Выполнена позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией всего тела или КТ шеи, грудной клетки, органов брюшной полости и малого таза (с контрастированием) или ультразвуковое исследование лимфатических узлов, и комплексное ультразвуковое исследование внутренних органов (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний).	Да/Нет

2.2.79.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при нодальных Т-клеточных лимфомах (коды по МКБ - 10: C84.5, C84.6, C84.7, C84.9, C86.0, C86.1, C86.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (с исследованием активности ЛДГ)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование свертывающей системы крови (коагулограмма)	Да/Нет
6.	Выполнена позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией всего тела или КТ шеи, грудной клетки, органов брюшной полости и малого таза (с контрастированием) или ультразвуковое исследование лимфатических узлов, и комплексное ультразвуковое исследование внутренних органов (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний).	Да/Нет
7.	Выполнена биопсия лимфатического узла (либо другого очага поражения) и патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов (при диагностике)	Да/Нет
8.	Выполнены получение цитологического препарата костного мозга путем пункции и цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) и получение гистологического препарата костного мозга (трепанобиопсия) и патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов	Да/Нет
9.	Выполнено лечение аналогами азотистого иприта и/или моноклональными антителами и/или антрациклинами и родственными соединениями и/или другими алкилирующими средствами и/или антиметаболитами и/или производными подофиллотоксина и/или аналогами пиримидина и/или аналогами фолиевой кислоты и/или прочими противоопухолевыми антибиотиками и/или другими иммунодепрессантами и/или ингибиторами протеинкиназ и/или прочими противоопухолевыми средствами и/или препаратами платины и/или производными нитрозомочевины и/или алкилсульфатами и глюкокортикоидами (в монорежиме или различными комбинациями) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний).	Да/Нет
10.	Выполнена оценка эффективности терапии	Да/Нет
11.	Выполнена коррекция / смена терапии (при развитии рецидива или при резистентном течении) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний).	Да/Нет

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

№	Критерии оценки качества	Оценка

п/п		выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза врачом-гематологом	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование врачом-гематологом	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
5.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства и/или ультразвуковое исследование (периферических, внутрибрюшных и забрюшинных лимфатических узлов)	Да/Нет
7.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости	Да/Нет

2.2.81.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при макроглобулинемии Вальденстрема (коды по МКБ - 10: C88.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза врачом-гематологом	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование врачом-гематологом	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
5.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование моноклональности иммуноглобулинов в крови и моче методом иммунофиксации	Да/Нет
7.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) и патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов	Да/Нет
8.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства и/или ультразвуковое исследование (периферических, внутрибрюшных и забрюшинных лимфатических узлов)	Да/Нет
9.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости	Да/Нет
10.	Выполнено противоопухолевое лечение (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнена коррекция/ смена терапии (при развитии рецидива или при резистентном течении ЛКМ)	Да/Нет

2.2.82.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при множественной миеломе (коды по МКБ - 10: C90.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза врачом-гематологом	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование врачом-гематологом	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
6.	Выполнена КТ всех отделов позвоночника, грудной клетки, таза (низкодозная КТ всего скелета) или рентгенологическое исследование костей или ПЭТ/КТ (при диагностике)	Да/Нет

2.2.82.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при множественной миеломе (коды по МКБ - 10: C90.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза врачом-гематологом	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование врачом-гематологом	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет

4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
6.	Выполнено определение соотношения белковых фракций в крови и моче методом электрофореза с количественным определением моноклонального и поликлональных иммуноглобулинов (кроме пациентов с несекретирующей, вялотекущей миеломой и миеломой легких цепей)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование моноклональности иммуноглобулинов в крови и суточной моче методом иммунофиксации с количественным определением концентрации М-градиента	Да/Нет
8.	Выполнено получение цитологического препарата костного мозга путем стеральной пункции с цитологическим исследованием мазка костного мозга (миелограмма)	Да/Нет
9.	Выполнена КТ всех отделов позвоночника, грудной клетки, таза (низкодозная КТ всего скелета) или рентгенологическое исследование костей или ПЭТ/КТ (при диагностике)	Да/Нет
10.	Выполнена специфическая терапия (пациенту с симптоматической множественной миеломой)	Да/Нет
11.	Выполнена противорецидивная терапия (пациенту с удвоением содержания М-градиента в течение 2 мес. и при быстром нарастании парапротеина)	Да/Нет
12.	Выполнена оценка эффективности терапии	Да/Нет
13.	Выполнена коррекция/смена терапии (при развитии рецидива или при резистентном течении)	Да/Нет

2.2.83.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при солитарной (экстрamedулярной) плазмодите (коды по МКБ - 10: С90.2, С90.3)

№ 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.	Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа, позвоночника (один отдел) или низкодозная КТ всего скелета или магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел) или МРТ тела или ПЭТ/КТ	Да/Нет

2.2.83.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при солитарной (экстрamedулярной) плазмодите (коды по МКБ - 10: С90.2, С90.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза врачом-гематологом	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование врачом-гематологом	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов	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.	Выполнено определение соотношения белковых фракций методом электрофореза и исследование моноклональности иммуноглобулинов в крови методом иммунофиксации и исследование моноклональности иммуноглобулинов в моче методом иммунофиксации и исследование уровня иммуноглобулинов в крови с количественным определением моноклонального и поликлональных иммуноглобулинов.	Да/Нет
8.	Выполнено получение цитологического препарата костного мозга путем стеральной пункции с последующим цитологическим исследованием (миелограмма)	Да/Нет

9.	Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа, позвоночника (один отдел) или низкодозная КТ всего скелета или магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел) или МРТ тела или ПЭТ/КТ	Да/Нет
10.	Выполнено противоопухолевое лечение (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнены сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (с подсчетом лейкоцитарной формулы и исследованием уровня тромбоцитов)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнены сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (с подсчетом лейкоцитарной формулы и исследованием уровня тромбоцитов)	Да/Нет
4.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) и цитохимическое исследование микропрепарата костного мозга (бластных клеток КМ)	Да/Нет
5.	Выполнено цитогенетическое исследование (кариотип) клеток костного мозга	Да/Нет
6.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование транслокации t(9;22) в биопсийном (операционном) материале	Да/Нет
7.	Выполнено определение экспрессии мРНК BCR-ABL p210 (количественное) и определение экспрессии мРНК BCR-ABLp190 (количественное) (пациентам с Ph ⁺ острый лимфобластный лейкоз)	Да/Нет
8.	Выполнено иммунофенотипирование гемопоэтических клеток-предшественниц в костном мозге	Да/Нет
9.	Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография головного мозга и томография и/или магнитно-резонансная томография органов грудной и томография и/или магнитно-резонансная томография брюшной полости (и/или иных вовлеченных областей) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнены спинномозговая пункция с выполнением цитологического исследования клеток спинномозговой жидкости и микроскопического исследования спинномозговой жидкости с подсчетом клеток в счетной камере (определение цитоза) и общий (клинический) анализ спинномозговой жидкости	Да/Нет
11.	Выполнена спинномозговая пункция с интратекальным введением метотрексата (15 мг), цитарабина (30 мг/м ²), преднизолона (40 мг) или дексаметазона (4 мг) (профилактика нейрорлейкемии согласно схеме протокола)	Да/Нет
12.	Выполнена индукционная терапия (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
13.	Выполнено лечение меркаптопурином, метотрексатом (дозировка согласно применяемому протоколу) 1 раз в неделю и/или пульс-терапия глюкокортикоидами и винкристином (1 раз в месяц или по схеме РОМР в течение 2-х лет) (всем пациентам после завершения этапов индукции и консолидации ремиссии, кроме пациентов со зрелым В-ОЛЛ) (при наличии показаний и отсутствии показаний)	Да/Нет
14.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма)	Да/Нет
15.	Выполнена коррекция и/или смена терапии (при наличии показаний и отсутствии	Да/Нет

	противопоказаний)	
16.	Выполнено HLA-типирование (пациентам, являющимися кандидатами для выполнения алло-ТГСК) (при наличии показаний и противопоказаний)	Да/Нет

2.2.85.1. 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	Да/Нет

2.2.85.2. 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.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с дифференцированным подсчетом лейкоцитов (лейкоцитарная формула)	Да/Нет
2.	Выполнено получение цитологического препарата костного мозга путем пункции с последующим цитологическим исследованием мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза, , на этапе индукции (на 15 день терапии) и по окончании индукции)	Да/Нет
3.	Выполнено цитохимическое исследование микропрепарата костного мозга (при подозрении на ОЛЛ/ЛБЛ, ОЛНЛ, а также при подозрении на рецидив ОЛЛ/ЛБЛ, ОЛНЛ)	Да/Нет
4.	Выполнено иммунофенотипирование гемопоэтических клеток-предшественниц в костном мозге (при подозрении на ОЛЛ/ЛБЛ, ОЛНЛ, а также при подозрении на рецидив ОЛЛ/ЛБЛ, ОЛНЛ)	Да/Нет
5.	Выполнено цитогенетическое исследование (кариотип) и молекулярно-генетическое исследование методом флюоресцентной гибридизации in situ (FISH) аспирата костного мозга (при подозрении на ОЛЛ/ЛБЛ, ОЛНЛ, а также при подозрении на рецидив ОЛЛ/ЛБЛ, ОЛНЛ)	Да/Нет
6.	Выполнена спинномозговая пункция с последующим исследованием уровня белка в спинномозговой жидкости, исследованием уровня глюкозы в спинномозговой жидкости, микроскопическим исследованием спинномозговой жидкости с подсчетом клеток в счетной камере (определение цитоза) и цитологическим исследованием клеток спинномозговой жидкости (при подозрении на ОЛЛ/ЛБЛ, ОЛНЛ, а также при подозрении на рецидив ОЛЛ/ЛБЛ, ОЛНЛ)	Да/Нет
7.	Выполнена комбинированная цитостатическая терапия (по принятому протоколу)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение препаратами группы АТХ L01EA (в дополнение к стандартной терапии пациентам с Ph-позитивным ОЛЛ/ОЛНЛ)	Да/Нет
9.	Выполнена КТ/МРТ головного мозга (при установлении диагноза и при подозрении на рецидив ОЛЛ, ОЛНЛ)	Да/Нет
10.	Выполнена КТ органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при установлении диагноза и при подозрении на рецидив ОЛЛ, ОЛНЛ)	Да/Нет
11.	Выполнено определение HLA-антигенов пациентам с ОЛЛ/ЛБЛ, ОЛНЛ (при планировании трансплантации)	Да/Нет

2.2.86.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хроническом лимфоцитарном лейкозе /лимфоме из малых лимфоцитов (коды по МКБ - 10: C91.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза врачом-гематологом	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование врачом-гематологом	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови, развернутый	Да/Нет

4.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости, органов брюшной полости и малого таза и/или ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) с исследованием лимфатических узлов (перед началом терапии, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
5.	Выполнена позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией при наличии клинических признаков трансформации (синдром Рихтера)	Да/Нет

2.2.86.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хроническом лимфоцитарном лейкозе /лимфоме из малых лимфоцитов (коды по МКБ - 10: C91.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза врачом-гематологом	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование врачом-гематологом	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови, развернутый	Да/Нет
4.	Выполнено исследование периферической крови методом проточной цитофлуориметрии при наличии абсолютного лимфоцитоза (при установлении диагноза или подозрении на рецидив)	Да/Нет
5.	Выполнена биопсия лимфатического узла (очага поражения) (при подозрении на лимфому из малых лимфоцитов без лимфоцитоза или при подозрении на трансформацию)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости, органов брюшной полости и малого таза и/или ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) с исследованием лимфатических узлов (перед началом терапии, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания)	Да/Нет
7.	Выполнена позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией при наличии клинических признаков трансформации (синдром Рихтера)	Да/Нет
8.	Выполнена противоопухолевая терапия (при наличии показаний)	Да/Нет
9.	Выполнена оценка эффективности терапии	Да/Нет
10.	Выполнена противорецидивная терапия (в зависимости от возраста, срока развития рецидива, наличия маркеров высокого риска)	Да/Нет

2.2.87.1. 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 сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и/или ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза, по окончании терапии и при подозрении на рецидив)	Да/Нет

2.2.87.2. 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 сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование биологического материала (крови или костного мозга) методом проточной цитофлуориметрии (при установлении диагноза и при	Да/Нет

	подозрении на рецидив)	
6.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и/или ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза, по окончании терапии и при подозрении на рецидив)	Да/Нет
7.	Выполнено специфическое лечение (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнена оценка эффективности лечения	Да/Нет
9.	Выполнена противорецидивная терапия (при развитии рецидива более чем через 5 лет после окончания 1 линии терапии) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнена противорецидивная терапия (при развитии рецидива менее чем через 5 лет после окончания 1 линии терапии) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнена смена терапии (при рефрактерном течении)	Да/Нет

2.2.88.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при острых миелоидных лейкозах (коды по МКБ - 10: C92.0, C92.3, C92.5, C92.6, C92.7, C92.8, C92.9, C93.0, C94.0, C94.2, C94.7, C95.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнены сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы и числа тромбоцитов	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический расширенный (исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня мочевины, креатинина, общего билирубина, натрия, калия, определение активности аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы в крови, исследование уровня общего магния в сыворотке крови)	Да/Нет

2.2.88.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при острых миелоидных лейкозах (коды по МКБ - 10: C92.0, C92.3, C92.5, C92.6, C92.7, C92.8, C92.9, C93.0, C94.0, C94.2, C94.7, C95.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнены сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы и числа тромбоцитов	Да/Нет
4.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) или получен гистологический препарат костного мозга и выполнено цитологическое и иммуноцитохимическое исследование отпечатков трепанобиоптата костного мозга	Да/Нет
5.	Выполнено цитогенетическое исследование (кариотип) клеток костного мозга	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический расширенный (исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня мочевины, креатинина, общего билирубина, натрия, калия, определение активности аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы в крови, исследование уровня общего магния в сыворотке крови)	Да/Нет
7.	Выполнены спинномозговая пункция с выполнением цитологического исследования клеток спинномозговой жидкости и микроскопического исследования спинномозговой жидкости с подсчетом клеток в счетной камере (определение цитоза) и общий (клинический) анализ спинномозговой жидкости	Да/Нет

8.	Выполнено лечение метотрексатом в дозе 15 мг, цитарабином 30 мг, дексаметазоном 4 мг) (интратекальное введение) (пациентам с верифицированным диагнозом острый миеломонобластный лейкоз, острый монобластный лейкоз, миелоидная саркома, а также пациентам при всех формах ОМЛ с инициальным лейкоцитозом выше $30 \times 10^9/\text{л}$ и/или наличием экстрамедуллярных образований) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнена индукционная терапия (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнена программа консолидации ремиссии (пациенту, достигшему полной ремиссии после индукционного этапа терапии) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнена консультация в трансплантационном центре (пациентам, достигшим полной ремиссии и являющимся кандидатами для выполнения алло-ТГСК) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
12.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (пациенту на всех этапах терапии и после окончания программы лечения)	Да/Нет
13.	Выполнена коррекция и/или смена терапии (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.2.89.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при острых миелоидных лейкозах (коды по МКБ - 10: C92.0, C92.3, C92.5, C92.6, C92.7, C92.8, C92.9, C93.0, C94.0, C94.2)

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

3.2.89.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при острых миелоидных лейкозах (коды по МКБ - 10: C92.0, C92.3, C92.5, C92.6, C92.7, C92.8, C92.9, C93.0, C94.0, C94.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб, анамнеза и оценка объективного статуса	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови с дифференцированным подсчетом лейкоцитов (лейкоцитарной формулы) и исследованием уровня тромбоцитов в крови	Да/Нет
3.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограммы) и цитохимическое исследование микропрепарата костного мозга	Да/Нет
4.	Выполнено иммунофенотипирование пунктата костного мозга всем пациентам при подозрении на острый лейкоз	Да/Нет
5.	Выполнено цитогенетическое исследование (кариотип) аспирата костного мозга (при диагностике)	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ спинномозговой жидкости (при диагностике)	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или КТ органов грудной полости и КТ или МРТ головного мозга (при диагностике)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение (индукционная полихимиотерапия) (пациенту с впервые диагностированным ОМЛ)	Да/Нет
9.	Выполнено лечение (полихимиотерапия консолидации ремиссии) (пациенту достигшему полной ремиссии после индукционного этапа терапии)	Да/Нет
10.	Выполнена консультация в трансплантационном центре (пациенту из группы высокого риска)	Да/Нет

2.2.90.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при хроническом миелоидном лейкозе (коды по МКБ - 10: C92.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
3.	Выполнено лечение лекарственными препаратами группы ИТК (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.2.90.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при хроническом миелоидном лейкозе (коды по МКБ - 10: C92.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза врачом-гематологом	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование врачом-гематологом	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
5.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма)	Да/Нет
6.	Выполнено цитогенетическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга или исследование костного мозга методом FISH для выявления химерного гена BCR-ABL и/или качественное или количественное определение химерного транскрипта BCR-ABL в крови, методом ПЦР (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) селезенки	Да/Нет
8.	Выполнено лечение лекарственными препаратами группы ИТК (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено цитогенетическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга и/или количественное определение химерного транскрипта BCR-ABL в крови, методом ПЦР (для оценки эффективности терапии ИТК)	Да/Нет
10.	Выполнена коррекция/ смена терапии (при развитии рецидива или неэффективности применяемого ИТК или развитии токсичности на фоне приема ИТК)	Да/Нет

2.2.91.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при остром промиелоцитарном лейкозе (коды по МКБ - 10: C92.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и определением числа ретикулоцитов	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, альбумин, мочевины, креатинин, калий, натрий, кальций, лактатдегидрогеназа, щелочная фосфатаза, трансаминазы аланиновая и аспарагиновая, билирубин общий, свободный и связанный)	Да/Нет
5.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (активированное частичное тромбопластиновое время, протромбиновое время, тромбиновое время, фибриноген)	Да/Нет

2.2.91.2. 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 сбор анамнеза и жалоб	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и определением числа ретикулоцитов	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, альбумин, мочевины, креатинин, калий, натрий, кальций, лактатдегидрогеназа, щелочная фосфатаза, трансаминазы аланиновая и аспарагиновая, билирубин общий, свободный и связанный)	Да/Нет
5.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (активированное частичное тромбопластиновое время, протромбиновое время, тромбиновое время, фибриноген)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография головного мозга	Да/Нет
7.	Выполнены цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) и цитохимическое исследование микропрепарата костного мозга	Да/Нет
8.	Выполнено цитогенетическое исследование (кариотип) и/или молекулярно-генетическое исследование транслокации t(15;17) в биопсийном (операционном) материале методом флуоресцентной гибридизации in situ (FISH) и/или определение экспрессии pML-RAR-а (количественное)	Да/Нет
9.	Выполнено лечение (специфическая терапия) третиноином (при подозрении на ОПЛ)	Да/Нет
10.	Выполнено лечение (специфическая терапия) третиноином в сочетании с антрациклинами (с или без) цитарабином или третиноином в сочетании с мышьяка триоксидом (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (пациенту на всех этапах терапии и после окончания программы лечения)	Да/Нет

2.2.92.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при аденоматозном полипозном синдроме (коды по МКБ - 10: D12)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена колоноскопия (тотальная)	Да/Нет
2.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов таза	Да/Нет
5.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене APC в крови и/или молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене MYH в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет

2.2.92.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при аденоматозном полипозном синдроме (коды по МКБ - 10: D12)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена колоноскопия (тотальная) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и/или при не информативности ранее проведенного исследования)	Да/Нет
2.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и/или при не информативности ранее проведенного исследования)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и/или при не информативности ранее проведенного исследования)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов таза (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и/или при не информативности ранее проведенного исследования)	Да/Нет

	исследования)	
5.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене APC в крови и/или молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене MYH в крови (при установлении диагноза и/или при отсутствии выполнения на предыдущем этапе, и/или при не информативности ранее проведенного исследования)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование функций сфинктерного (запирательного) аппарата прямой кишки (при планировании формирования тонкокишечного резервуара)	Да/Нет
7.	Выполнена колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки или лапароскопическая колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки, или лапароскопически-ассистированная, колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки (при классической форме)	Да/Нет
8.	Выполнена лапароскопически-ассистированная колэктомия с формированием илеоректального анастомоза или колэктомия с формированием илеоректального анастомоза (при ослабленной форме)	Да/Нет

2.2.93.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при доброкачественных остеогенных и хондрогенных опухолях носа и околоносовых пазух (коды по МКБ - 10: D14.0)

№ 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 (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение компьютерной томографии придаточных пазух носа, гортани)	Да/Нет

2.2.93.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при доброкачественных остеогенных и хондрогенных опухолях носа и околоносовых пазух (коды по МКБ - 10: D14.0)

№ 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 (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение компьютерной томографии придаточных пазух носа, гортани)	Да/Нет
3.	Выполнено хирургическое лечение	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	Да/Нет

2.2.94.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при меланоформном невусе (коды по МКБ - 10: D22)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врачом-дерматовенерологом и/или врачом-онкологом/детским онкологом	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия)	Да/Нет
3.	Выполнено разъяснение для пациента порядка самостоятельного визуального осмотра кожного покрова и критериев подозрительных новообразований кожи	Да/Нет
4.	Выполнено разъяснение для пациента роли профилактических мероприятий по ограничению инсоляции и использованию фотозащитных средств	Да/Нет

2.2.94.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при меланоформном невусе (коды по МКБ - 10: D22)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения

1.	Выполнена диагностическая биопсия кожи (новообразование, подозрительное на злокачественное)	Да/Нет

2.2.95.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при миоме матки (коды по МКБ - 10: D25, D26, O34.1, D39.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
2.	Назначена медикаментозная терапии для купирования симптомов (аномальные маточные кровотечения, болевой синдром)	Да/Нет

2.2.95.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при миоме матки (коды по МКБ - 10: D25, D26, O34.1, D39.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
2.	Выполнена медикаментозная терапия для купирования симптомов (аномальные маточные кровотечения, болевой синдром)	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала матки (удаленного макропрепарата)	Да/Нет
4.	Выполнено оперативное лечение миомы матки	Да/Нет

2.2.96.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при миелодиспластическом синдроме. Миелодиспластических / миелопролиферативных новообразованиях (коды по МКБ - 10: D46: D46.0, D46.1, D46.2, D46.4, D46.5, D46.6, D46.7, D46.9, C93.1, C92.2, C94.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнены сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
3.	Выполнены общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы и определением числа тромбоцитов, а также исследование уровня ретикулоцитов в крови	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня железа сыворотки крови и ферритина в крови	Да/Нет

2.2.96.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при миелодиспластическом синдроме. Миелодиспластических / миелопролиферативных новообразованиях (коды по МКБ - 10: D46: D46.0, D46.1, D46.2, D46.4, D46.5, D46.6, D46.7, D46.9, C93.1, C92.2, C94.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнены сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
3.	Выполнены общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы и определением числа тромбоцитов, а также исследование уровня ретикулоцитов в крови	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня железа сыворотки крови и ферритина в крови	Да/Нет
6.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) или получен гистологический препарат костного мозга и выполнено цитологическое и	Да/Нет

	иммуноцитохимическое исследование отпечатков трепанобиоптата костного мозга	
7.	Выполнено определение количества сидеробластов и сидероцитов в костном мозге (при количестве бластных клеток менее 5% и эритроидном ростке более 10%)	Да/Нет
8.	Выполнено цитогенетическое исследование (кариотип) клеток костного мозга	Да/Нет
9.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга	Да/Нет
10.	Выполнено лечение иммунодепрессантами и/или антиметаболитами, или антиметаболитами в сочетании с прочими противоопухолевыми средствами, или антиметаболитами в сочетании с антрациклинами и родственными соединениями и аналогами пиримидина, или аналогами пиримидина, или аналогами пиримидина в сочетании с прочими противоопухолевыми средствами (при наличии миелодиспластического синдрома или миелодиспластического/миелопролиферативного новообразования) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнено HLA-типирование (пациентам, являющимися кандидатами для выполнения алло-ТГСК)	Да/Нет
12.	Выполнены цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) и общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы	Да/Нет

2.2.97.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при других плазмоклеточных новообразованиях (коды по МКБ - 10: С90 (кроме С90.0, С90.1, С90.2, С90.3)) (AL-амилоидоз)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование пациента	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнен биохимический анализ общетерапевтический	Да/Нет
6.	Выполнено определение соотношения белковых фракций методом электрофореза и исследование моноклональности иммуноглобулинов в крови методом иммунофиксации и исследование моноклональности иммуноглобулинов в моче методом иммунофиксации и исследование уровня иммуноглобулинов в крови с количественным определением моноклонального и поликлональных иммуноглобулинов.	Да/Нет
7.	Выполнено получение цитологического препарата костного мозга путем стерильной пункции и цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма)	Да/Нет

2.2.97.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при других плазмоклеточных новообразованиях (коды по МКБ - 10: С90 (кроме С90.0, С90.1, С90.2, С90.3)) (AL-амилоидоз)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование пациента	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнен биохимический анализ общетерапевтический	Да/Нет
6.	Выполнено определение соотношения белковых фракций методом электрофореза и исследование моноклональности иммуноглобулинов в крови методом	Да/Нет

	иммунофиксации и исследование моноклональности иммуноглобулинов в моче методом иммунофиксации и исследование уровня иммуноглобулинов в крови с количественным определением моноклонального и поликлональных иммуноглобулинов.	
7.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи с применением иммуногистохимических методов и/или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (костного мозга и/или слюнной железы (малой) и/или 12-перстной и/или прямой кишки)	Да/Нет
8.	Выполнено получение цитологического препарата костного мозга путем стерильной пункции и цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма)	Да/Нет
9.	Выполнена компьютерная томография всех костей скелета (низкодозовая)	Да/Нет
10.	Выполнена противоопухолевая терапия (в монорежиме или различными комбинациями других противоопухолевых средств и/или алкилирующих средств и/или аналогов азотистого иприта и/или моноклональных антител и/или другими иммунодепрессантами и глюкокортикоидами) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний).	Да/Нет
11.	Выполнена оценка эффективности лечения (согласно международным критериям)	Да/Нет
12.	Выполнена коррекция/смена терапии (при развитии рецидива или при резистентном течении) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний).	Да/Нет

2.2.98.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при плазмноклеточном лейкозе (коды по МКБ - 10: C90.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза врачом-гематологом	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование врачом-гематологом	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
6.	Выполнена КТ всех отделов позвоночника, грудной клетки, таза (низкодозная КТ всего скелета) или ПЭТ/КТ	Да/Нет

2.2.98.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при плазмноклеточном лейкозе (коды по МКБ - 10: C90.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза врачом-гематологом	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование врачом-гематологом	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
6.	Выполнено определение соотношения белковых фракций в крови и моче методом электрофореза с количественным определением моноклонального и поликлональных иммуноглобулинов (кроме пациентов с несекретирующей, вялотекущей миеломой и миеломой легких цепей)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование моноклональности иммуноглобулинов в крови и моче методом иммунофиксации с количественным определением уровня М-градиента	Да/Нет
8.	Выполнено цитологическое исследование костного мозга путем стерильной пункции с цитологическим исследованием (миелограмма)	Да/Нет
9.	Выполнена КТ всех отделов позвоночника, грудной клетки, таза (низкодозная КТ всего скелета) или ПЭТ/КТ	Да/Нет
10.	Выполнена специфическая противоопухолевая терапия (при наличии показаний и	Да/Нет

	отсутствии противопоказаний)	
11.	Выполнена оценка эффективности терапии (по международным критериям)	Да/Нет
12.	Выполнена коррекция / смена терапии (пациенту с рецидивом ПКЛ)	Да/Нет

2.2.99.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при забрюшинных неорганных саркомах (коды по МКБ - 10: C48.0, C48.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена сцинтиграфия почек при высоком риске развития почечной недостаточности, особенно в тех случаях, когда планируется нефрэктомия на стороне поражения, с целью оценки функции контралатеральной почки	Да/Нет
2.	Выполнена предоперационная пункционная чрескожная биопсия (core-биопсия) у пациента с местно-распространенным процессом с указанием гистологического типа и степени злокачественности (G)	Да/Нет

2.2.99.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при забрюшинных неорганных саркомах (коды по МКБ - 10: C48.0, C48.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным и пероральным контрастированием	Да/Нет
2.	Выполнено радикальное хирургическое вмешательство пациенту с операбельным локализованным или местно-распространенным процессом, способному перенести операцию	Да/Нет
3.	Выполнено проведение мультидисциплинарного консилиума в составе врача-хирурга, врача-онколога, врача-радиотерапевта, врача-рентгенолога, врача-патологоанатома перед операцией	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) препарата с указанием параметров в соответствии с рекомендациями (у пациентов, получивших хирургическое лечение), указанием степени злокачественности (G), степени патоморфоза (в случае если проводилась предоперационная лучевая или химиотерапия)	Да/Нет
5.	Выполнена лекарственная терапия при нерезектабельной и/или метастатической опухоли	Да/Нет

2.2.100.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при гемангиоме инфантильной (коды по МКБ - 10: D18.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование общего (клинического) анализа крови всем пациентам с подозрением на ИГ до начала терапии и после ее завершения	Да/Нет
2.	Выполнена регистрация электрокардиограммы пациентам, получающим пропранолол (до начала терапии и в процессе лечения)	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография пациентам, получающим пропранолол (до начала терапии и в процессе лечения)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование печени при наличии множественных гемангиом на коже или диссеминированном/милиарном гемангиоматозе	Да/Нет

2.2.100.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при гемангиоме инфантильной (коды по МКБ - 10: D18.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование общего (клинического) анализа крови всем пациентам с подозрением на ИГ до начала терапии и после ее завершения	Да/Нет
2.	Выполнена регистрация электрокардиограммы пациентам, получающим пропранолол (до начала терапии и в процессе лечения)	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография пациентам, получающим пропранолол (до начала терапии и в процессе лечения)	Да/Нет
4.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при подозрении на PHACE синдром) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
5.	Выполнена электроэнцефалография (при подозрении на PHACE синдром) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
6.	Выполнены исследования уровня тиреотропного гормона (ТТГ), свободного трийодтиронина (СТ3), свободного тироксина (СТ4) в крови при подозрении/наличии PHACE синдром, а также мультифокального/диффузного гемангиоматоза печени	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при подозрении на синдром LUMBAR/PELVIS/SACRAL) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и/или ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное при подозрении на синдром LUMBAR/PELVIS/SACRAL (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование печени при наличии множественных гемангиом на коже или диссеминированном/милиарном гемангиоматозе	Да/Нет
10.	Выполнена магнитно-резонансная томография и/или компьютерная томография с контрастным усилением выбранных областей (пациентам с подозрением или наличием синдромальных форм ИГ) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнено лечение пропранололом и/или хирургическое лечение (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.2.101.1. 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 органа зрения (при установлении диагноза и при планировании лечения)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование глаз и орбит и ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства и ультразвуковое исследование шейных лимфатических узлов и предушных зон (при установлении диагноза, при планировании лечения)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - детского онколога (при установлении диагноза и при планировании лечения)	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография орбит и магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием (с дополнительным исследованием спинного мозга при наличии хотя бы одного из нижеперечисленных признаков: интракраниальное распространение опухоли, опухоли пинеальной или супраселлярной области, метастазы в головном мозге) (при установлении диагноза и отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет

6.	Выполнено цитологическое исследование костного мозга при выявлении экстраокулярной формы заболевания (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача – генетика с назначением комплексного молекулярно-генетического обследования (гена RB1) (при установлении диагноза)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога с оценкой состояния органа зрения (при установлении диагноза и при планировании лечения)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование глаз и орбит и ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства и ультразвуковое исследование шейных лимфатических узлов и предушных зон (при установлении диагноза, при планировании лечения)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - детского онколога (при установлении диагноза и при планировании лечения)	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография орбит и магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием (с дополнительным исследованием спинного мозга при наличии хотя бы одного из нижеперечисленных признаков: интракраниальное распространение опухоли, опухоли пинеальной или супраселлярной области, метастазы в головном мозге) (при установлении диагноза и отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено цитологическое исследование костного мозга при выявлении экстраокулярной формы заболевания (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено цитологическое исследование ликвора при выявлении экстраокулярной формы заболевания (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнена сцинтиграфия костей и мягких тканей при выявлении экстраокулярной формы заболевания (при установлении диагноза и при планировании лечения) (для пациентов старше 1 года)	Да/Нет
9.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	Да/Нет
10.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача – генетика с назначением комплексного молекулярно-генетического обследования (гена RB1) (при установлении диагноза)	Да/Нет
11.	Выполнено хирургическое лечение (органосохраняющее или энуклеация глаза)	Да/Нет

2.2.102.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при саркоме Капоши (коды по МКБ - 10: C46.0, C46.1, C46.2, C46.3, C46.7, C46.8, C46.9, B21.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено патолого - анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи	Да/Нет
2.	Выполнено исследование крови на наличие специфических антител к HHV-8	Да/Нет
3.	Выполнена консультация врача – онколога при выявлении саркомы Капоши для определения тактики лечения	Да/Нет
4.	Выполнено определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 в крови и определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 в крови для исключения ассоциации с ВИЧ-инфекцией	Да/Нет

2.2.102.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при саркоме Капоши (коды по МКБ - 10: C46.0, C46.1, C46.2, C46.3, C46.7, C46.8, C46.9, B21.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено хирургическое лечение и/или лекарственная противоопухолевая терапия, и/или лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.2.103.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при доброкачественных образованиях головы и шеи (коды по МКБ - 10: D10.0-D10.3, D11.0, D11.7, D11.9, D13.0, D14.0, D16.0, D17.0, D18.0, D18.1, D19.0, D21.0, D22.0, D23.0-D23.4, D36.0, D36.7, D36.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография или магнитно-резонансная томография челюстно-лицевой области и шеи (в зависимости от локализации образования)	Да/Нет
2.	Выполнено хирургическое и/или консервативное и/или иное лечение (склеротерапия, криодеструкция, лазерная терапия, электрохимический лизис, эндоваскулярная терапия и иное)	Да/Нет
3.	Выполнено реконструктивно-пластическое восстановление (при наличии дефекта)	Да/Нет
4.	Выполнен контроль гемостаза, раневого процесса и купирование послеоперационного болевого синдрома, проведение противоотечной терапии, ежедневная санация ран растворами антисептиков для профилактики развития осложнений	Да/Нет

2.2.103.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при доброкачественных образованиях головы и шеи (коды по МКБ - 10: D10.0-D10.3, D11.0, D11.7, D11.9, D13.0, D14.0, D16.0, D17.0, D18.0, D18.1, D19.0, D21.0, D22.0, D23.0-D23.4, D36.0, D36.7, D36.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-челюстно-лицевым хирургом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография или магнитно-резонансная томография челюстно-лицевой области и шеи (в зависимости от локализации образования)	Да/Нет
3.	Выполнено хирургическое и/или консервативное и/или иное лечение (склеротерапия, криодеструкция, лазерная терапия, электрохимический лизис, эндоваскулярная терапия и иное)	Да/Нет
4.	Выполнено реконструктивно-пластическое восстановление (при наличии дефекта)	Да/Нет
5.	Выполнен контроль гемостаза, раневого процесса и купирование послеоперационного болевого синдрома, проведение противоотечной терапии, ежедневная санация ран растворами антисептиков для профилактики развития осложнений	Да/Нет

2.2.104.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при мальформации кровеносных сосудов головы и шеи (коды по МКБ - 10: D10.0, D18, Q25.8, Q25.9, Q26.8, Q26.9, Q27, Q28.8, Q28.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врача-челюстно-лицевого хирурга	Да/Нет
2.	Выполнена оценка размера, объема, формы образования; исследована деформация контуров лица и шеи, эстетические параметры лица	Да/Нет
3.	Выполнено пальпаторное исследование для выявления пульсации мягких тканей в области поражения	Да/Нет
4.	Выполнено дуплексное сканирование сосудов челюстно-лицевой области с оценкой структуры сосудистого образования, локализации, определения типа и скорости кровотока	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерно-томографическая ангиография (взрослым пациентам)	Да/Нет
6.	Выполнена видеоларингоскопия и/или видеориноскопия и/или эзофагогастроскопия (пациентам с функциональными нарушениями дыхания и глотания)	Да/Нет
7.	Выполнена магнитно-резонансная томография мягких тканей с контрастированием при наличии обширных венозных мальформаций или артериовенозных мальформаций или смешанных мальформаций, локализующихся в сложных анатомо-топографических областях.	Да/Нет
8.	Выполнено удаление артерио-венозной мальформации с предварительной эндоваскулярной окклюзией сосудов при артериовенозных мальформациях (у взрослых пациентов)	Да/Нет
9.	Выполнено удаление сосудистой мальформации с пластикой раны местными тканями (при поражении одной и/или двух анатомических областей)	Да/Нет
10.	Выполнен повторный осмотр врачом-челюстно-лицевым хирургом после завершения лечения через 6 и 12 месяцев	Да/Нет

2.2.104.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при мальформации кровеносных сосудов головы и шеи (коды по МКБ - 10: D10.0, D18, Q25.8, Q25.9, Q26.8, Q26.9, Q27, Q28.8, Q28.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врача-челюстно-лицевого хирурга	Да/Нет
2.	Выполнена оценка размера, объема, формы образования; исследована деформация контуров лица и шеи, эстетические параметры лица	Да/Нет
3.	Выполнено пальпаторное исследование для выявления пульсации мягких тканей в области поражения	Да/Нет
4.	Выполнено дуплексное сканирование сосудов челюстно-лицевой области с оценкой структуры сосудистого образования, локализации, определения типа и скорости кровотока	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерно-томографическая ангиография (взрослым пациентам)	Да/Нет
6.	Выполнена видеоларингоскопия и/или видеориноскопия и/или эзофагогастроскопия (пациентам с функциональными нарушениями дыхания и глотания)	Да/Нет
7.	Выполнена магнитно-резонансная томография мягких тканей с контрастированием при наличии обширных венозных мальформаций или	Да/Нет

	артериовенозных мальформаций или смешанных мальформаций, локализирующихся в сложных анатомо-топографических областях.	
8.	Выполнено удаление артерио-венозной мальформации с предварительной эндоваскулярной окклюзией сосудов при артериовенозных мальформациях (у взрослых пациентов)	Да/Нет
9.	Выполнено удаление сосудистой мальформации с пластикой раны местными тканями (при поражении одной и/или двух анатомических областей)	Да/Нет

2.2.105.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при других плазмоклеточных новообразованиях (коды по МКБ - 10: С90 (кроме С90.0, С90.1, С90.2, С90.3)) (POEMS синдром)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование пациента	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет

2.2.105.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при других плазмоклеточных новообразованиях (коды по МКБ - 10: С90 (кроме С90.0, С90.1, С90.2, С90.3)) (POEMS синдром)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование пациента	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография всего скелета (низкодозовая) или позитронно-эмиссионная компьютерная томография.	Да/Нет
6.	Выполнено определение соотношения белковых фракций методом электрофореза и исследование моноклональности иммуноглобулинов в крови методом иммунофиксации и исследование моноклональности иммуноглобулинов в моче методом иммунофиксации и исследование уровня иммуноглобулинов в крови с количественным определением моноклонального и поликлональных иммуноглобулинов.	Да/Нет
7.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма)	Да/Нет
8.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов	Да/Нет
9.	Выполнена противоопухолевая терапия (в монорежиме или различными комбинациями других противоопухолевых средств и/или алкилирующих средств и/или аналогов азотистого иприта и/или моноклональных антител и/или другими иммунодепрессантами и глюкокортикоидами) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний).	Да/Нет
10.	Выполнена оценка эффективности лечения (по международным критериям)	Да/Нет
11.	Выполнена коррекция/смена терапии (при развитии рецидива или резистентном течении) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний).	Да/Нет

2.2.106.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при других плазмоклеточных новообразованиях (коды по МКБ - 10: С90 (кроме С90.0, С90.1, С90.2, С90.3)) (моноклональная гаммапатия с почечным значением (МГПЗ))

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование пациента	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнен биохимический анализ крови общетерапевтический	Да/Нет
6.	Выполнено определение СКФ расчетным методом по формуле СКД-EPI	Да/Нет
7.	Выполнена компьютерная томография всех костей скелета (низкодозовая) или позитронно-эмиссионная компьютерная томография костей, совмещенная с компьютерной томографией всего тела.	Да/Нет

2.2.106.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при других плазмоклеточных новообразованиях (коды по МКБ - 10: С90 (кроме С90.0, С90.1, С90.2, С90.3)) (моноклональная гаммапатия с почечным значением (МГПЗ))

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование пациента	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнен биохимический анализ крови общетерапевтический	Да/Нет
6.	Выполнено иммунохимическое исследование крови и мочи с определением соотношения белковых фракций методом электрофореза и исследование моноклональности иммуноглобулинов в крови методом иммунофиксации и исследование моноклональности иммуноглобулинов в моче методом иммунофиксации	Да/Нет
7.	Выполнено определение СКФ расчетным методом по формуле СКД-EPI	Да/Нет
8.	Выполнено получение цитологического препарата костного мозга и цитологическое исследование (миелограмма)	Да/Нет
9.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов	Да/Нет
10.	Выполнена компьютерная томография всех костей скелета (низкодозовая) или позитронно-эмиссионная компьютерная томография костей, совмещенная с компьютерной томографией всего тела.	Да/Нет
11.	Выполнена противоопухолевая терапия (в монорежиме или различными комбинациями других противоопухолевых средств и/или алкилирующих средств и/или аналогов азотистого иприта и/или моноклональных антител и/или других иммунодепрессантов и/или ингибиторов протеинкиназ и/или антиметаболитов и/или аналогов пурина и/или прочими противоопухолевыми препаратами и глюкокортикоидами) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний).	Да/Нет
12.	Выполнена оценка эффективности терапии	Да/Нет
13.	Выполнена коррекция/смена терапии (при развитии рецидива или при резистентном течении) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний).	Да/Нет

2.3. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ БОЛЕЗНЯХ КРОВИ, КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ И ОТДЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ, ВОВЛЕКАЮЩИХ ИММУННЫЙ МЕХАНИЗМ

2.3.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при железодефицитной анемии (коды по МКБ - 10: D50, D50.0, D50.1, D50.8, D50.9, E61.1, O99.0, D53.8, D 62)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен физикальный осмотр	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня ферритина в крови и исследование уровня железа сыворотки крови и исследование насыщения трансферрина железом (НТЖ)	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
5.	Выполнены эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) и колоноскопия (всем пациентам мужского пола и женщинам в постменопаузе)	Да/Нет
6.	Назначены препараты двухвалентного железа (перорально) или препараты трехвалентного железа, (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.3.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при железодефицитной анемии (коды по МКБ - 10: D50, D50.0, D50.1, D50.8, D50.9, E61.1, O99.0, D53.8, D 62)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен физикальный осмотр	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня ферритина в крови и исследование уровня железа сыворотки крови и исследование насыщения трансферрина железом (НТЖ)	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
5.	Выполнены эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) и колоноскопия (всем пациентам мужского пола и женщинам в постменопаузе)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение препаратами трехвалентного железа (парентерально) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.3.3.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при витамин B12 дефицитной анемии (коды по МКБ - 10: D51.0, D51.1, D51.3, D51.8, D51.9, D53.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
3.	Выполнено определение концентрации витамина B12 (цианокобаламина) и фолиевой кислоты в сыворотке крови	Да/Нет
4.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при диагностике)	Да/Нет
5.	Назначено лечение цианокобаламином (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
6.	Назначена поддерживающая терапия цианокобаламином (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнена оценка эффективности лечения (цианокобаламином)	Да/Нет

2.3.3.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при витамин B12 дефицитной анемии (коды по МКБ - 10: D51.0, D51.1, D51.3, D51.8, D51.9, D53.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня ферритина в крови, исследование уровня железа сыворотки крови и исследование насыщения трансферрина железом (НТЖ)	Да/Нет

4.	Выполнено определение концентрации витамина В12 (цианокобаламина) и фолиевой кислоты в сыворотке крови	Да/Нет
5.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при диагностике)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение цианокобаламином (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнена оценка эффективности лечения (цианокобаламином)	Да/Нет

2.3.5.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и 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.	Выполнено определение уровня витамина В12 (цианокобаламина) в крови и исследование уровня фолиевой кислоты в сыворотке крови	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
4.	Назначена терапия фолиевой кислотой (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.3.5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и 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.	Выполнено определение уровня витамина В12 (цианокобаламина) в крови и исследование уровня фолиевой кислоты в сыворотке крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня ферритина в крови и исследование уровня железа сыворотки крови и исследование насыщения трансферрина железом (НТЖ)	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
5.	Выполнено лечение фолиевой кислотой (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена оценка эффективности лечения (фолиевой кислотой)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб	Да/Нет
2.	Выполнен физикальный осмотр	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
5.	Выполнено выявление типов гемоглобина (при диагностике)	Да/Нет
6.	Назначено лечение гидроксикарбамидом (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.3.7.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при серповидно-клеточных нарушениях (коды по МКБ - 10: D57)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб	Да/Нет
2.	Выполнен физикальный осмотр	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
5.	Выполнено выявление типов гемоглобина (при диагностике)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение гидроксикарбамидом (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

	противопоказаний)	

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
4.	Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей и эхокардиография (при диагностике)	Да/Нет
5.	Выполнено получение цитологического препарата костного мозга путем пункции и цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при диагностике)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение экулизумабом (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование ПНГ-клона методом проточной цитометрии (при диагностике)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
5.	Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей и эхокардиография (при диагностике)	Да/Нет
6.	Выполнено получение цитологического препарата костного мозга путем пункции и цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при диагностике)	Да/Нет
7.	Выполнено получение гистологического препарата костного мозга (трепанобиопсия) и патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов и цитогенетическое исследование (кариотип) костного мозга (при диагностике)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение экулизумабом (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.3.11.1. 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 прием (осмотр, консультация) врача-гематолога первичный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не менее 2-х раз в неделю до достижения гематологического ответа, в дальнейшем – 1 раз в месяц	Да/Нет
3.	Выполнена гемотрансфузия (эритроцитная масса и/или тромбоцитный концентрат) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (при развитии анемического синдрома, кровотечения, высокого риска геморрагического синдрома)	Да/Нет

2.3.11.2. 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 прием (осмотр, консультация) врача-гематолога первичный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не менее 2-х раз в неделю до достижения гематологического ответа, в дальнейшем – 1 раз в месяц	Да/Нет
3.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза и подозрении на рецидив заболевания, трансформации в МДС/гемобластоз)	Да/Нет
4.	Выполнено цитогенетическое исследование костного мозга (кариотип и FISH-исследование на наличие моносомии 7) (при диагностике)	Да/Нет
5.	Выполнено цитогенетическое исследование крови (проба с дизепоксибутаном) (при диагностике)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование крови для определения ПНГ-клона (клеток крови с дефицитом гликозилфосфатидилинозитол (ГФИ) белков) (при диагностике)	Да/Нет
7.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование гистосовместимости (HLA ДНК-типирование по низкому разрешению) для выявления родственного геноидентичного донора костного мозга (при диагностике при наличии сиблингов)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение лошадиным антиtimoцитарным глобулином (АТГ) и/или циклоспорином и/или элтромбопагом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) всем пациентам, не имеющим HLA-геноидентичного донора или при наличии у донора противопоказаний к донации	Да/Нет
9.	Выполнена гемотрансфузия (эритроцитная масса и/или тромбоцитный концентрат) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (при развитии анемического синдрома, кровотечения, высокого риска геморрагического синдрома)	Да/Нет

2.3.12.1. 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 сбор анамнеза и жалоб	Да/Нет
2.	Выполнен физикальный осмотр	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови, развернутый	Да/Нет
4.	Выполнено определение уровня железа в сыворотке крови, исследование уровня ферритина в крови, исследование насыщения трансферрина железом (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование (при подозрении на развитие внутреннего кровотечения)	Да/Нет
6.	Выполнено эндоскопическое исследование (при подозрении на развитие внутреннего кровотечения)	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография и/или компьютерная томография (при подозрении на развитие внутреннего кровотечения)	Да/Нет
8.	Выполнено исследование костного мозга (пациентам с подозрением на анемию, вызванную нарушением костномозгового кроветворения, метастазами в костный мозг или иными причинами, отличными от основного злокачественного заболевания)	Да/Нет
9.	Выполнена трансфузия эритроцитсодержащих компонентов (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
10.	Назначена терапия эритропоэстимулирующими препаратами (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
11.	Назначена терапия препаратами железа при железодефицитной анемии (при	Да/Нет

	наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	

2.3.12.2. 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 сбор анамнеза и жалоб	Да/Нет
2.	Выполнен физикальный осмотр	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови, развернутый	Да/Нет
4.	Выполнено определение уровня железа в сыворотке крови, исследование уровня ферритина в крови, исследование насыщения трансферрина железом (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование (при подозрении на развитие внутреннего кровотечения)	Да/Нет
6.	Выполнено эндоскопическое исследование (при подозрении на развитие внутреннего кровотечения)	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография и/или компьютерная томография (при подозрении на развитие внутреннего кровотечения)	Да/Нет
8.	Выполнено исследование костного мозга (пациентам с подозрением на анемию, вызванную нарушением костномозгового кроветворения, метастазами в костный мозг или иными причинами, отличными от основного злокачественного заболевания)	Да/Нет
9.	Выполнена трансфузия эритроцитсодержащих компонентов (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнено лечение эритропоэстимулирующими препаратами (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнено лечение препаратами железа при железодефицитной анемии (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнен физикальный осмотр	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня железа сыворотки крови и исследование насыщения трансферрина железом и исследование уровня ферритина в крови	Да/Нет
5.	Назначены препараты двухвалентного железа, (перорально) или препараты трехвалентного железа (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
6.	Назначены эритропоэстимулирующие препараты (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнен физикальный осмотр	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня железа сыворотки крови и исследование насыщения трансферрина железом и исследование уровня ферритина в крови	Да/Нет
5.	Выполнено лечение препаратами двухвалентного железа (перорально) или препаратами трехвалентного железа (при наличии показаний и отсутствии	Да/Нет

	противопоказаний)	
6.	Выполнено лечение эритропоэзстимулирующими препаратами (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.3.16.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при гемофилии (код МКБ-10: D66, D67)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза заболевания и семейного анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнен физикальный осмотр	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнена коагулограмма (ориентировочного исследования системы гемостаза), включающая активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое время (ПВ), тромбиновое время (ТВ), концентрацию фибриногена (по Клауссу)	Да/Нет
5.	Назначена специфическая заместительная терапия факторами свертывания крови	Да/Нет

2.3.16.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гемофилии (код МКБ-10: D66, D67)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза заболевания и семейного анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнен физикальный осмотр	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнена коагулограмма (ориентировочного исследования системы гемостаза), включающая активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое время (ПВ), тромбиновое время (ТВ), концентрацию фибриногена (по Клауссу)	Да/Нет
5.	Выполнено определение активности фактора VIII в сыворотке крови, определение активности фактора IX в сыворотке крови пациенту с геморрагическим синдромом и удлиненным АЧТВ	Да/Нет
6.	Выполнено лечение факторами свертывания крови (специфическая заместительная терапия)	Да/Нет

2.3.17.2. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при редких коагулопатиях: наследственный дефицит факторов свертывания крови II, VII, X (код МКБ-10: D68.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза заболевания и семейного анамнеза (с уточнением наличия проявлений геморрагического синдрома)	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
3.	Выполнен общий анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), включающая определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), протромбинового времени (ПВ), тромбинового времени (ТВ), концентрации фибриногена (по Клауссу), времени кровотечения (ВК) стандартизованным методом	Да/Нет
5.	Выполнено лечение гемостатическими средствами (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.3.17.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при редких коагулопатиях: наследственный дефицит факторов свертывания крови II, VII, X (код МКБ-10: D68.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза заболевания и семейного анамнеза (с уточнением наличия проявлений геморрагического синдрома)	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
3.	Выполнен общий анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), включающая определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), протромбинового времени (ПВ), тромбинового времени (ТВ), концентрации фибриногена (по Клауссу), времени кровотечения (ВК) стандартизованным методом	Да/Нет
5.	Выполнено определение активности фактора V в сыворотке крови, определение активности фактора VII в сыворотке крови, определение активности фактора VIII в сыворотке крови, определение активности фактора IX в сыворотке крови, определение активности фактора X пациенту с выявленными на первом этапе нарушениями гемостаза (увеличение АЧТВ и/или ПВ, нормальные ТВ и уровень фибриногена)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение гемостатическими средствами (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнен физикальный осмотр	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнена расширенная коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
5.	Выполнено цитологическое исследование костного мозга (миелограмма)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости	Да/Нет
7.	Назначено лечение глюкокортикостероидами или иммуноглобулином нормальным человеческим (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнен физикальный осмотр	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнена расширенная коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
5.	Выполнено цитологическое исследование костного мозга (миелограмма)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости	Да/Нет
7.	Выполнено лечение глюкокортикостероидами или иммуноглобулином нормальным человеческим (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнена коррекция терапии (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.3.19.1. 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 прием (осмотр, консультация) педиатра и/или врача -гематолога первичный/повторный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с дифференцированным подсчетом лейкоцитов (лейкоцитарная формула) и исследование уровня тромбоцитов в крови (с оптическим подсчетом тромбоцитов по Фонио)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерий качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) педиатра и/или врача -гематолога первичный/повторный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с дифференцированным подсчетом лейкоцитов (лейкоцитарная формула) и исследование уровня тромбоцитов в крови (с оптическим подсчетом тромбоцитов по Фонио)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
4.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) или определение активированного частичного тромбопластинового времени и определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме и исследование уровня фибриногена в крови	Да/Нет
5.	Выполнено лечение глюкокортикоидами и/или иммуноглобулином человека нормальным (внутривенно), и/или ритуксимабом, и/или элтромбопагом, и/или ромиплостимом и/или спленэктомия и/или спленэктомия с использованием видеоэндохирургических технологий (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.3.20.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при первичных иммунодефицитах с преимущественной недостаточностью синтеза антител (коды по МКБ - 10: D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D80.9, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D83.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня иммуноглобулинов А, G, М в сыворотке крови пациенту с подозрением на ПИД с преимущественной недостаточностью синтеза антител	Да/Нет
2.	Выполнено исследование CD19+ лимфоцитов (пациенту с гипогаммаглобулинемией и агаммаглобулинемией)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование CD3+, CD4+, CD8+, CD16+/56+ лимфоцитов в крови (пациенту с гипогаммаглобулинемией и агаммаглобулинемией)	Да/Нет
4.	Выполнено назначение исследования уровня изогемагглютининов крови и/или исследование уровня CD19+CD27+IgD- всем пациентам с подозрением на ОВИН	Да/Нет
5.	Выполнена диагностика вирусных инфекций методом ПЦР при диагностике сопутствующих вирусных инфекций	Да/Нет
6.	Выполнено исследование общего (клинический) анализа крови развернутого с лейкоцитарной формулой и СОЭ (скорость оседания эритроцитов)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование общего (клинического) анализа мочи	Да/Нет
8.	Выполнено исследование анализа крови биохимического общетерапевтического (общий белок, белковые фракции, мочевины, креатинин, АСТ (аспартатаминотрансфераза), АЛТ (аланинаминотрансфераза), ГГТП (гамма	Да/Нет

	глутамилтранспептидаза), ЛДГ (лактадегидрогеназа), билирубин общий, глюкоза)	
9.	Выполнено исследование (клинический) анализа крови развернутого с лейкоцитарной формулой и СОЭ (скорость оседания эритроцитов), общего (клинического) анализа мочи, биохимического общетерапевтического (общий белок, белковые фракции, мочевины, креатинин, АСТ (аспартатаминотрансфераза), АЛТ (аланинаминотрансфераза), ГГТП (гамма глутамилтранспептидаза), ЛДГ (лактадегидрогеназа), билирубин общий, глюкоза) не реже 1 раза в 6 месяцев	Да/Нет
10.	Выполнено исследование претрансфузионного уровня IgG в крови до достижения целевого уровня (пациенту с гипогаммаглобулинемией и агаммаглобулинемией, получающему заместительную терапию иммуноглобулином человека нормальным) ежемесячно	Да/Нет
11.	Выполнено направление на исследование претрансфузионного уровня IgG в крови после достижения целевых значений претрансфузионного уровня IgG (пациенту с гипогаммаглобулинемией и агаммаглобулинемией, получающему заместительную терапию иммуноглобулином человека нормальным) (не реже 1 раза в 6 месяцев)	Да/Нет
12.	Выполнена КТ (компьютерная томография) органов грудной полости (при диагностике)	Да/Нет
13.	Выполнено УЗИ (ультразвуковое исследование) доступных осмотру лимфатических узлов (при диагностике)	Да/Нет
14.	Выполнено КТ (компьютерная томография) органов грудной полости не реже 1 раза в год	Да/Нет
15.	Выполнено УЗИ (ультразвуковое исследование) органов брюшной полости не реже 1 раза в год	Да/Нет
16.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный	Да/Нет
17.	Выполнена консультация врача аллерголога-иммунолога не реже 1 раза в год	Да/Нет
18.	Выполнено лечение иммуноглобулином человека нормальным при проведении заместительной терапии (ежемесячно)	Да/Нет

2.3.20.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при первичных иммунодефицитах с преимущественной недостаточностью синтеза антител (коды по МКБ - 10: D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D80.9, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D83.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня иммуноглобулинов А, G, М в сыворотке крови пациенту с подозрением на ПИД с преимущественной недостаточностью синтеза антител	Да/Нет
2.	Выполнено исследование CD19+ лимфоцитов (пациенту с гипогаммаглобулинемией и агаммаглобулинемией)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование CD3+, CD4+, CD8+, CD16+/56+ лимфоцитов в крови (пациенту с гипогаммаглобулинемией и агаммаглобулинемией)	Да/Нет
4.	Выполнена диагностика вирусных инфекций методом ПЦР при диагностике сопутствующих вирусных инфекций	Да/Нет
5.	Выполнено исследование общего (клинический) анализа крови развернутого с лейкоцитарной формулой и СОЭ (скорость оседания эритроцитов)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование общего (клинического) анализа мочи	Да/Нет
7.	Выполнено исследование анализа крови биохимического общетерапевтического (общий белок, белковые фракции, мочевины, креатинин, АСТ (аспартатаминотрансфераза), АЛТ (аланинаминотрансфераза), ГГТП (гамма глутамилтранспептидаза), ЛДГ (лактадегидрогеназа), билирубин общий, глюкоза)	Да/Нет
8.	Выполнена КТ (компьютерная томография) органов грудной полости (при диагностике)	Да/Нет

9.	Выполнено УЗИ (ультразвуковое исследование) доступных осмотру лимфатических узлов (при диагностике)	Да/Нет
10.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный	Да/Нет

2.3.21.1. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный пациентам	Да/Нет
2.	Выполнена двукратная оценка уровня ингибитора C1-эстеразы (C1-INH) в крови и функциональной активности C1-эстеразного ингибитора в крови при постановке диагноза НАО или выполнено исследования уровня ингибитора C1-эстеразы (C1-INH) в крови и функциональной активности C1-эстеразного ингибитора в крови и назначение молекулярно-генетического исследования мутаций в гене SERPING1 в крови методами секвенирования и количественной MLPA	Да/Нет
3.	Выполнено назначение исследования поиска клинически значимых мутаций в генах F12 и PLG и (при отсутствии указанных мутаций) полноэкзомное секвенирование у пациентов с нормальным уровнем C1-ИНГ (при диагностике)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога-иммунолога не реже 1 раза в год для контроля течения заболевания, коррекции терапии, своевременного выявления и контроля осложнений	Да/Нет
5.	Выполнено определение основных групп крови по системе АВ0 и определение антигена D системы Резус (резус-фактор) (при диагностике) пациенту с НАО	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный и/или осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный и/или осмотр врачом скорой медицинской помощи (врачом-специалистом) при оказании скорой медицинской помощи всем пациентам с НАО с признаками отека верхних дыхательных путей.	Да/Нет
7.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга/врача-детского хирурга первичный всем пациентам с НАО при выраженной абдоминальной атаке и отсутствии эффекта от использования препаратов для купирования атак у пациентов с НАО.	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и/или КТ органов брюшной полости пациентам при болях в животе и отсутствии эффекта от проводимой терапии	Да/Нет
9.	Выполнено введение икатибанта и/или ингибитора C1-эстеразы человека или свежезамороженной плазмы (при ангиоотеке верхних дыхательных путей, абдоминальной атаке)	Да/Нет
10.	Выполнено лечение ингибитором C1-эстеразы человека или свежезамороженной плазмой (при отсутствии препарата) (беременной или кормящей пациентке) (при купировании ангиоотека верхних дыхательных путей, абдоминальной атаке, периферическом ангиоотеке)	Да/Нет
11.	Выполнено назначение икатибанта и /или ингибитора C1-эстеразы человека (для самостоятельного купирования острых атак в объеме не менее, чем на две атаки)	Да/Нет
12.	Выполнено назначение ингибитора C1-эстеразы человека (пациентке с НАО I и II типа на весь период беременности, родов и периода лактации) (для самостоятельного купирования острых атак в объеме не менее, чем на две атаки)	Да/Нет
13.	Выполнена госпитализация (перевод) в отделение оториноларингологии или реанимационное отделение при развитии ангиотка в области гортани и неэффективности проводимой терапии	Да/Нет
14.	Выполнено введение ингибитора C1-эстеразы человека или свежезамороженной плазмы (перед хирургическими вмешательствами или иными инвазивными медицинскими вмешательствами и исследованиями пациентам с НАО I и II тип)	Да/Нет

15.	Выполнена оценка необходимости назначения долгосрочной профилактики (базисной терапии)	Да/Нет
16.	Выполнена отмена терапии ингибиторами АПФ, антагонистами рецепторов ангиотензина II, эстроген-содержащими препаратами, пациентам с НАО, если они эту терапию получали ранее	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный пациентам	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня ингибитора С1-эстеразы (C1-INH) в крови и определение функциональной активности С1-эстеразного ингибитора при подозрении на НАО	Да/Нет
3.	Выполнено определение основных групп крови по системе АВ0 и определение антигена D системы Резус (резус-фактор) (при диагностике) пациенту с НАО	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный и/или осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный и/или осмотр врачом скорой медицинской помощи (врачом-специалистом) при оказании скорой медицинской помощи всем пациентам с НАО с признаками отека верхних дыхательных путей.	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга/врача-детского хирурга первичный всем пациентам с НАО при выраженной абдоминальной атаке и отсутствии эффекта от использования препаратов для купирования атак у пациентов с НАО.	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и/или КТ органов брюшной полости пациентам при болях в животе и отсутствии эффекта от проводимой терапии	Да/Нет
7.	Выполнено введение икатибанта и/или ингибитора С1-эстеразы человека или свежезамороженной плазмы (при ангиоотеке верхних дыхательных путей, абдоминальной атаке)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение ингибитором С1-эстеразы человека или свежезамороженной плазмой (при отсутствии препарата) (беременной или кормящей пациентке) (при купировании ангиотека верхних дыхательных путей, абдоминальной атаке, периферическом ангиоотеке)	Да/Нет
9.	Выполнена госпитализация (перевод) в отделение оториноларингологии или реанимационное отделение при развитии ангиотека в области гортани и неэффективности проводимой терапии	Да/Нет
10.	Выполнена кониотомия или постановка временной трахеостомы или интубация трахеи при развитии ангиотека дыхательных путей и при неэффективности лекарственной терапии	Да/Нет
11.	Выполнено введение ингибитора С1-эстеразы человека или свежезамороженной плазмы (перед хирургическими вмешательствами или иными инвазивными медицинскими вмешательствами и исследованиями) пациентам с НАО I и II тип)	Да/Нет
12.	Выполнена оценка необходимости назначения долгосрочной профилактики (базисной терапии)	Да/Нет
13.	Выполнена отмена терапии ингибиторами АПФ, антагонистами рецепторов ангиотензина II, эстроген-содержащими препаратами, пациентам с НАО, если они эту терапию получали ранее	Да/Нет

2.3.22.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при саркоидозе (коды по МКБ - 10: D86)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
4.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза, при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования)	Да/Нет
5.	Выполнена спиральная компьютерная томография легких (при установлении диагноза, при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования)	Да/Нет
6.	Выполнена регистрация электрокардиограммы при установлении диагноза	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование селезенки и печени при подозрении на генерализованный или внелегочный саркоидоз	Да/Нет
8.	Выполнено назначение диспансерного приема (осмотра, консультации) врача-пульмонолога или врача-терапевта или врача общей практики (семейного врача) или врача-педиатра	Да/Нет

2.3.22.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при саркоидозе (коды по МКБ - 10: D86)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
4.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза, при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования)	Да/Нет
5.	Выполнена спиральная компьютерная томография легких (при установлении диагноза, при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования)	Да/Нет
6.	Выполнена регистрация электрокардиограммы при установлении диагноза	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование селезенки и печени при подозрении на генерализованный или внелегочный саркоидоз	Да/Нет

2.3.23.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при криопирин-ассоциированных периодических синдромах (других уточненных нарушениях с вовлечением иммунного механизма, не классифицированных в других рубриках) (код МКБ-10: D89.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения (Да/Нет)
1	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный (с выполнением оценки эффективности и безопасности терапии)	Да/Нет
2	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога повторный (с оценкой эффективности и безопасности терапии не реже 1 раза в месяц после инициации/коррекции терапии и не реже одного раза в 3 мес. после достижения ремиссии заболевания, оценкой необходимости направления на внеплановую	Да/Нет

	госпитализацию в ревматологическое отделение стационара, инициировавшего терапию генно-инженерным биологическим препаратом и/или иммунодепрессантом на любом этапе лечения при развитии обострения/осложнений, сопутствующих заболеваний, осложнений/побочных эффектов/стойкой непереносимости терапии и направлением на плановую госпитализацию в ревматологическое отделение стационара, инициировавшего терапию генно-инженерным биологическим препаратом и/или иммунодепрессантом через 3 и 6 мес. после назначения/коррекции терапии и далее каждые 6 мес. и с проведением дистанционной консультации с врачом–ревматологом стационара, инициировавшего назначение терапии, всем пациентам при развитии любых признаков неэффективности и/или непереносимости терапии)	
3	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (не реже 1 раза в 2-4 недели)	Да/Нет
4	Выполнено исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование уровня билирубина свободного (неконъюгированного), исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня ферритина в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня мочевой кислоты, исследование уровня глюкозы в крови, исследование уровня натрия в крови, исследование уровня калия в крови, исследование уровня общего кальция, определение активности лактатдегидрогеназы, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови(не реже 1 раза в 2-4 недели)	Да/Нет
5	Выполнено исследование уровня холестерина в крови (пациентам, получающим глюкокортикоиды, не реже 1 раза в 2-4 недели)	Да/Нет
6	Выполнено исследование уровня железа сыворотки крови (пациентам со снижением уровня гемоглобина ниже референсного значения по данным общего (клинического) анализа крови развернутого)	Да/Нет
7	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (не реже 1 раза в 3 мес.)	Да/Нет
8	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (не реже 1 раза в мес.)	Да/Нет
9	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное), ультразвуковое исследование почек, эхокардиография (не реже 1 раза в 6 мес.)	Да/Нет
10	Выполнено ультразвуковое исследование сустава (при наличии болей в суставе и/или при деформации сустава, и/или при ограничении движения в суставе)	Да/Нет
11	Выполнена регистрация электрокардиограммы (не реже 1 раза в 3 мес.)	Да/Нет
12	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (не реже 1 раза в 6 мес.)	Да/Нет
13	Назначено лечение ибупрофеном или нимесулидом, или диклофенаком, или мелоксикамом при наличии лихорадки и/или болевого синдрома (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
14	Выполнено введение канакинумаба или анакинры (в соответствии с назначениями ревматологического стационара) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
15	Выполнено введение филграстима (пациентам при снижении уровня лейкоцитов с абсолютным числом нейтрофилов $<1,0 \times 10^9/\text{л}$) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача–офтальмолога первичный (с проведением биомикроскопии глаза не позднее чем через 7 дней после выписки из стационара при наличии офтальмологической патологии)	Да/Нет
17	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача–офтальмолога (с проведением биомикроскопии глаза, не реже 1 раза в 6 мес.)	Да/Нет

18	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача–фтизиатра первичный (при наличии положительной очаговой пробы и/или внутрикожной пробы с туберкулезным аллергеном с туберкулином, и/или с инфильтративными очагами в легких)	Да/Нет
19	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный (пациентам с патологией ЛОР-органов, не позднее чем через 7 дней после выписки из стационара)	Да/Нет
20	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога (не реже 1 раза в 3мес.)	Да/Нет
21	Выполнена очаговая проба с туберкулином или внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном (не реже 1 раза в 6 мес.)	Да/Нет
22	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача–нефролога первичный (пациентам с наличием протеинурии и/или гематурии)	Да/Нет
23	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный (пациентам, которым необходима санация очагов хронической инфекции и лечение острой инфекции ротовой полости)	Да/Нет

2.3.23.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при криопирин-ассоциированных периодических синдромах (других уточненных нарушениях с вовлечением иммунного механизма, не классифицированных в других рубриках) (код МКБ-10: D89.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения (Да/Нет)
1	Выполнен ежедневный осмотр врачом-ревматологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара (с выполнением оценки эффективности и безопасности терапии, оценкой значения индекса AIDAI и с проведением дистанционной консультации с врачом–ревматологом стационара, инициировавшего назначение терапии, всем пациентам при развитии любых признаков неэффективности и/или непереносимости терапии)	Да/Нет
2	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (не реже 1 раза в 7 дней)	Да/Нет
3	Выполнено исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование уровня билирубина свободного (неконъюгированного), исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня ферритина в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня мочевой кислоты, исследование уровня глюкозы в крови, исследование уровня натрия в крови, исследование уровня калия в крови, исследование уровня общего кальция, определение активности лактатдегидрогеназы, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, исследование уровня холестерина в крови, исследование уровня триглицеридов в крови (не реже 1 раза в 7 дней)	Да/Нет
4	Выполнено исследование уровня железа сыворотки крови (пациентам со снижением уровня гемоглобина ниже референсного значения по данным общего (клинического) анализа крови развернутого)	Да/Нет
5	Выполнено исследование уровня прокальцитонина (при установлении диагноза и/или пациентам с лихорадкой, и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
6	Выполнено определение антистрептолизина-О в сыворотке крови (при установлении диагноза и далее при каждой госпитализации) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
7	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (не реже 1 раза в 7 дней)	Да/Нет

8	Выполнено определение протромбинового времени в крови или в плазме, определение тромбинового времени в крови, определение активированного частичного тромбoplastинового времени, определение концентрации Д-димера в крови, определение активности антитромбина III в крови, исследование уровня растворимых фибринмономерных комплексов в крови, исследование активности и свойств фактора Виллебранда в крови, исследование уровня плазминогена, исследование уровня фибриногена в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии, и/или пациентам, получающим антитромботические средства) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
9	Выполнено исследование популяций лимфоцитов (при установлении диагноза и/или пациентам, часто болеющим вирусными, гнойными бактериальными инфекциями, в том числе оппортунистическими инфекциями) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
10	Выполнено определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК, определение содержания антител к РНК в крови, определение содержания ревматоидного фактора в крови, определение маркеров ANCA-ассоциированных васкулитов: PR3 (c-ANCA), МПО (p-ANCA), определение содержания антицентромерных антител в крови, определение содержания антител к циклическому цитрулиновому пептиду (анти-CCP) (при установлении диагноза), (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
11	Выполнено исследование уровня иммуноглобулинов в крови (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
12	Выполнено определение антигена HLA-B27 методом проточной цитофлуориметрии (при установлении диагноза) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
13	Выполнено определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein - Barr virus) методом ПЦР в периферической и пуповинной крови, количественное исследование, определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) методом ПЦР в периферической и пуповинной крови, количественное исследование, определение ДНК простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) методом ПЦР в крови, количественное исследование (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
14	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейна-Барра (Epstein - Barr virus) в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
15	Выполнено определение антител класса М (IgM) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови, определение антител класса G (IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
16	Выполнено определение антител к вирусу простого герпеса (Herpes simplex) (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
17	Выполнен комплекс исследований для диагностики криопирин-ассоциированных синдромов (при установлении диагноза)	Да/Нет
18	Выполнен общий (клинический) анализ мочи, определение количества белка в суточной моче, определение альбумина в моче (не реже 1 раза в 7 дней) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
19	Выполнено определение антител к сальмонелле кишечной (Salmonella enterica) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза (Yersinia pseudotuberculosis) в крови, (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет

20	Выполнено определение антител классов А, М, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии птичьей (<i>Chlamydia psittaci</i>) в крови; определение антител класса М (IgM) к хламидии трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>) в крови; определение антител класса G (IgG) к хламидии трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>) в крови; определение антител классов М, G (IgM, IgG) к микоплазме пневмонии (<i>Mycoplasma pneumoniae</i>) (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
21	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
22	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы, микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии, и/или пациентам с лихорадкой) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
23	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное), ультразвуковое исследование почек (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
24	Выполнена регистрация электрокардиограммы (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
25	Выполнена эхокардиография (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
26	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (не реже 1 раза в 6 мес.) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
27	Выполнено ультразвуковое исследование сустава (при наличии болей в суставе и/или при деформации сустава, и/или при ограничении движения в суставе)	Да/Нет
28	Выполнена компьютерная томография сустава (при наличии болей в суставе и/или при деформации сустава, и/или при ограничении движения в суставе) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
29	Выполнена рентгенография височно-нижнечелюстного сустава и/или рентгенография локтевого сустава, и/или рентгенография лучезапястного сустава, и/или рентгенография коленного сустава, и/или рентгенография плечевого сустава, и/или рентгенография тазобедренного сустава, и/или рентгенография голеностопного сустава (при наличии артрита височно-нижнечелюстного сустава и/или артрита локтевого сустава, и/или артрита лучезапястного сустава, и/или артрита коленного сустава, и/или артрита плечевого сустава, и/или артрита тазобедренного сустава, и/или артрита голеностопного сустава и при невозможности выполнения компьютерной томографии сустава) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
30	Выполнена магнитно-резонансная томография сустава (один сустав) (при наличии болей в суставе и/или при деформации сустава, и/или при ограничении движения в суставе) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
31	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
32	Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием, магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских	Да/Нет

	противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	
33	Выполнена колоноскопия (при установлении диагноза и/или пациентам с подозрением на воспалительное заболевание кишечника)	Да/Нет
34	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала толстой кишки (при проведении биопсии толстой кишки) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
35	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза или при подозрении на онкогематологическое заболевание)	Да/Нет
36	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костной ткани (пациентам с очагами деструкции в костях) (при установлении диагноза или при подозрении на онкологическое заболевание или остеомиелит)	Да/Нет
37	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла (пациентам с выраженным увеличением размеров периферических и/или внутригрудных, и/или внутрибрюшных лимфатических узлов) (при установлении диагноза или при подозрении на онкологическое, онкогематологическое заболевание или лимфопролиферативное заболевание)	Да/Нет
38	Выполнена пульс-терапия метилпреднизолоном (пациентам с фебрильной или гектической лихорадкой и/или серозитом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
39	Выполнено лечение канакинумабом или анакинрой (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
40	Выполнено лечение филграстимом (пациентам при снижении уровня лейкоцитов с абсолютным числом нейтрофилов $<1,0 \times 10^9/\text{л}$) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
41	Выполнено лечение памидроновой кислотой или алендроновой кислотой, или золедроновой кислотой, или ибандроновой кислотой (пациентам с вторичным остеопорозом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
42	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (с проведением биомикроскопии глаза) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
43	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный (при наличии положительной очаговой пробы и/или внутрикожной пробы с туберкулезным аллергеном с туберкулином, и/или с инфильтративными очагами в легких) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
44	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный (при установлении диагноза и пациентам, которым необходима санация очагов хронической инфекции или лечение острой инфекции ЛОР органов, с проведением импедансометрии и тональной аудиометрии)	Да/Нет
45	Выполнена очаговая проба с туберкулином или внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном (не реже 1 раза в 6 мес.) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
46	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - детского онколога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-гематолога первичный (пациентам, у которых по результатам обследования заподозрено/выявлено онкологическое/ онкогематологическое/ лимфопролиферативное заболевание или метастатическое поражение)	Да/Нет

2.3.24.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при периодическом синдроме, ассоциированном с мутацией гена рецептора фактора некроза опухоли (TRAPS) (других уточненных нарушениях с вовлечением иммунного механизма, не классифицированных в других рубриках) (код МКБ-10: D89.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения (Да/Нет)
1	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный (с выполнением оценки эффективности и безопасности терапии)	Да/Нет
2	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога повторный (с оценкой эффективности и безопасности терапии не реже 1 раза в месяц после инициации/коррекции терапии и не реже одного раза в 3 мес. после достижения ремиссии заболевания, оценкой необходимости направления на внеплановую госпитализацию в ревматологическое отделение стационара, инициировавшего терапию генно-инженерным биологическим препаратом и/или иммунодепрессантом на любом этапе лечения при развитии обострения/осложнений, сопутствующих заболеваний, осложнений/побочных эффектов/стойкой непереносимости терапии и направлением на плановую госпитализацию в ревматологическое отделение стационара, инициировавшего терапию генно-инженерным биологическим препаратом и/или иммунодепрессантом через 3 и 6 мес. после назначения/коррекции терапии и далее каждые 6 мес. и с проведением дистанционной консультации с врачом–ревматологом стационара, инициировавшего назначение терапии, всем пациентам при развитии любых признаков неэффективности и/или непереносимости терапии)	Да/Нет
3	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (не реже 1 раза в 2-4 недели)	Да/Нет
4	Выполнено исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование уровня билирубина свободного (неконъюгированного), исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня ферритина в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня мочевой кислоты, исследование уровня глюкозы в крови, исследование уровня натрия в крови, исследование уровня калия в крови, исследование уровня общего кальция, определение активности лактатдегидрогеназы, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови(не реже 1 раза в 2-4 недели)	Да/Нет
5	Выполнено исследование уровня холестерина в крови (пациентам, получающим глюкокортикоиды, не реже 1 раза в 2-4 недели)	Да/Нет
6	Выполнено исследование уровня железа сыворотки крови (пациентам со снижением уровня гемоглобина ниже референсного значения по данным общего (клинического) анализа крови развернутого)	Да/Нет
7	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (не реже 1 раза в 3 мес.)	Да/Нет
8	Выполнено определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК (пациентам, получающим ингибиторы ФНО-альфа, не реже 1 раза в 3 мес.)	Да/Нет
9	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (не реже 1 раза в мес.)	Да/Нет
10	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное), ультразвуковое исследование почек, эхокардиография (не реже 1 раза в 6 мес.)	Да/Нет
11	Выполнено ультразвуковое исследование сустава (при наличии болей в суставе и/или при деформации сустава, и/или при ограничении движения в суставе)	Да/Нет
12	Выполнена регистрация электрокардиограммы (не реже 1 раза в 3 мес.)	Да/Нет
13	Выполнена эхокардиография (не реже 1 раза в 6 мес.)	Да/Нет

14	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (не реже 1 раза в 6 мес.)	Да/Нет
15	Назначено лечение ибупрофеном или нимесулидом, или диклофенаком, или мелоксикамом (при наличии лихорадки и/или болевого синдрома) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16	Выполнено введение канакинумаба или тоцилизумаба, или этанерцепта (в соответствии с назначениями ревматологического стационара) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17	Выполнено лечение безвременника осеннего семян экстрактом/колхицином (в соответствии с назначениями ревматологического стационара) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
18	Выполнено введение филграстима (пациентам при снижении уровня лейкоцитов с абсолютным числом нейтрофилов $<1,0 \times 10^9/\text{л}$) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
19	Выполнена очаговая проба с туберкулином или внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном (не реже 1 раза в 6 мес.)	Да/Нет
20	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный (при наличии положительной очаговой пробы и/или внутрикожной пробы с туберкулезным аллергеном с туберкулином, и/или с инфильтративными очагами в легких)	Да/Нет
21	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (с проведением биомикроскопии глаза не позднее чем через 7 дней после выписки из стационара при наличии офтальмологической патологии)	Да/Нет
22	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога (с проведением биомикроскопии глаза, не реже 1 раза в 3 мес.)	Да/Нет
23	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный (пациентам с патологией ЛОР-органов, не позднее чем через 7 дней после выписки из стационара)	Да/Нет
24	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога (не реже 1 раза в 6 мес.)	Да/Нет
25	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-нефролога первичный (пациентам с наличием протеинурии и/или гематурии)	Да/Нет
26	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный (пациентам, которым необходима санация очагов хронической инфекции и лечение острой инфекции ротовой полости)	Да/Нет

2.3.24.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при периодическом синдроме, ассоциированном с мутацией гена рецептора фактора некроза опухоли (TRAPS) (других уточненных нарушениях с вовлечением иммунного механизма, не классифицированных в других рубриках) (код МКБ-10: D89.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения (Да/Нет)
1	Выполнен ежедневный осмотр врачом-ревматологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара (с выполнением оценки эффективности и безопасности терапии, оценкой значения индекса AIDAI и с проведением дистанционной консультации с врачом-ревматологом стационара, инициировавшего назначение терапии, всем пациентам при развитии любых признаков неэффективности и/или непереносимости терапии)	Да/Нет
2	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (не реже 1 раза в 7 дней)	Да/Нет
3	Выполнено исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование уровня билирубина свободного (неконъюгированного), исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня ферритина в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование	Да/Нет

	уровня мочевой кислоты, исследование уровня глюкозы в крови, исследование уровня натрия в крови, исследование уровня калия в крови, исследование уровня общего кальция, определение активности лактатдегидрогеназы, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, исследование уровня холестерина в крови, исследование уровня триглицеридов в крови (не реже 1 раза в 7 дней)	
4	Выполнено исследование уровня железа сыворотки крови (пациентам со снижением уровня гемоглобина ниже референсного значения по данным общего (клинического) анализа крови развернутого)	Да/Нет
5	Выполнено исследование уровня прокальцитонина (при установлении диагноза и/или пациентам с лихорадкой, и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
6	Выполнено определение антистрептолизина-О в сыворотке крови (при установлении диагноза и далее при каждой госпитализации) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
7	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (не реже 1 раза в 7 дней)	Да/Нет
8	Выполнено определение протромбинового протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме, определение тромбинового времени в крови, определение активированного частичного тромбопластинового времени, определение концентрации Д-димера в крови, определение активности антитромбина III в крови, исследование уровня растворимых фибринмономерных комплексов в крови, исследование активности и свойств фактора Виллебранда в крови, исследование уровня плазминогена, исследование уровня фибриногена в крови (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
9	Выполнено исследование популяций лимфоцитов (при установлении диагноза и/или пациентам, часто болеющим вирусными, гнойными бактериальными инфекциями, в том числе оппортунистическими инфекциями) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
10	Выполнено определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК (при установлении диагноза и/или пациентам, получающим ингибиторы ФНО-альфа), определение содержания антител к РНК в крови, определение содержания ревматоидного фактора в крови, определение маркеров ANCA-ассоциированных васкулитов: PR3 (c-ANCA), МПО (p-ANCA), определение содержания антицентромерных антител в крови, определение содержания антител к циклическому цитрулиновому пептиду (анти-CCP) (при установлении диагноза), (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
11	Выполнено исследование уровня иммуноглобулинов в крови (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
12	Выполнено определение антигена HLA-B27 методом проточной цитофлуориметрии (при установлении диагноза) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
13	Выполнено определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein - Barr virus) методом ПЦР в периферической и пуповинной крови, количественное исследование, определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) методом ПЦР в периферической и пуповинной крови, количественное исследование, определение ДНК простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) методом ПЦР в крови, количественное исследование (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
14	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейна-Барра (Epstein - Barr virus) в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет

15	Выполнено определение антител класса М (IgM) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови, определение антител класса G (IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
16	Выполнено определение антител к вирусу простого герпеса (Herpes simplex) в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
17	Выполнен комплекс исследований для диагностики криопирин-ассоциированных синдромов (выявлены варианты в гене TNFRSF1A)	Да/Нет
18	Выполнен общий (клинический) анализ мочи, определение количества белка в суточной моче, определение альбумина в моче (не реже 1 раза в 7 дней) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
19	Выполнено определение антител к сальмонелле кишечной (Salmonella enterica) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза (Yersinia pseudotuberculosis) в крови, (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
20	Выполнено определение антител классов А, М, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии птичьей (Chlamydia psittaci) в крови; определение антител класса М (IgM) к хламидии трахоматис (Chlamydia trachomatis) в крови; определение антител класса G (IgG) к хламидии трахоматис (Chlamydia trachomatis) в крови; определение антител классов М, G (IgM, IgG) к микоплазме пневмонии (Mycoplasma pneumoniae) (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
21	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
22	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы, микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии, и/или пациентам с лихорадкой) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
23	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное), ультразвуковое исследование почек (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
24	Выполнена регистрация электрокардиограммы (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
25	Выполнена эхокардиография (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
26	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (не реже 1 раза в 6 мес.) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
27	Выполнено ультразвуковое исследование сустава (при наличии болей в суставе и/или при деформации сустава, и/или при ограничении движения в суставе) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
28	Выполнена компьютерная томография сустава (при наличии болей в суставе и/или при деформации сустава, и/или при ограничении движения в суставе) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
29	Выполнена рентгенография височно-нижнечелюстного сустава и/или рентгенография локтевого сустава, и/или рентгенография лучезапястного сустава, и/или рентгенография коленного сустава, и/или рентгенография плечевого сустава, и/или рентгенография тазобедренного сустава, и/или рентгенография голеностопного сустава (при наличии артрита височно-нижнечелюстного сустава)	Да/Нет

	и/или артрита локтевого сустава, и/или артрита лучезапястного сустава, и/или артрита коленного сустава, и/или артрита плечевого сустава, и/или артрита тазобедренного сустава, и/или артрита голеностопного сустава и при невозможности выполнения компьютерной томографии сустава) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	
30	Выполнена магнитно-резонансная томография сустава (один сустав) (при наличии болей в суставе и/или при деформации сустава, и/или при ограничении движения в суставе) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
31	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
32	Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием, магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
33	Выполнена колоноскопия (при установлении диагноза и/или пациентам с подозрением на воспалительное заболевание кишечника)	Да/Нет
34	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала толстой кишки (при проведении биопсии толстой кишки) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
35	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза или при подозрении на онкогематологическое заболевание)	Да/Нет
36	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костной ткани (пациентам с очагами деструкции в костях) (при установлении диагноза или при подозрении на онкологическое заболевание или остеомиелит)	Да/Нет
37	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла (пациентам с выраженным увеличением размеров периферических и/или внутригрудных, и/или внутрибрюшных лимфатических узлов) (при установлении диагноза или при подозрении на онкологическое, онкогематологическое заболевание или лимфопролиферативное заболевание)	Да/Нет
38	Выполнена пульс-терапия метилпреднизолоном (пациентам с фебрильной или гектической лихорадкой и/или с серозитом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
39	Выполнено лечение канакинумабом или тоцилизумабом, или этанерцептом, и/или безвременника осеннего семян экстрактом/колхицином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
40	Выполнено лечение филграстимом (пациентам при снижении уровня лейкоцитов с абсолютным числом нейтрофилов $<1,0 \times 10^9/\text{л}$) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
41	Выполнено лечение памидроновой кислотой или алендроновой кислотой, или золедроновой кислотой, или ибандроновой кислотой (пациентам с вторичным остеопорозом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
42	Выполнена очаговая проба с туберкулином или внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном (не реже 1 раза в 6 мес.) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
43	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный (при наличии	Да/Нет

	положительной очаговой пробы и/или внутрикожной пробы с туберкулезным аллергеном с туберкулином, и/или с инфильтративными очагами в легких)	
44	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (с проведением биомикроскопии глаза) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
45	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный (при установлении диагноза и пациентам, которым необходима санация очагов хронической инфекции или лечение острой инфекции ЛОР органов, с проведением импедансометрии и тональной аудиометрии)	Да/Нет
46	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - детского онколога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-гематолога первичный (пациентам, у которых по результатам обследования заподозрено/выявлено онкологическое/ онкогематологическое/ лимфопролиферативное заболевание или метастатическое поражение)	Да/Нет

2.3.25.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при приобретенной чистой красноклеточной аплазии (эритробластопении) (коды по МКБ - 10: D60.0, D60.1, D60.8, D60.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен физикальный осмотр	Да/Нет
2.	Выполнены общий (клинический) анализ крови развернутый с исследованием уровня ретикулоцитов	Да/Нет
3.	Выполнены исследование уровня общего билирубина в крови и исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови и определение активности лактатдегидрогеназы в крови и определение уровня креатинина в крови и исследование уровня мочевины в крови и определение уровня витамина В12 (цианокобаламина) в крови и исследование уровня фолиевой кислоты в сыворотке крови	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня ферритина в крови и исследование уровня железа сыворотки крови и исследование насыщения трансферрина железом (НТЖ)	Да/Нет
5.	Выполнено получение цитологического препарата путем пункции (стерильная пункция) и цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограммы)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при первичной диагностике)	Да/Нет
7.	Назначено лечение циклоспорином в режиме монотерапии или в сочетании с преднизолоном (пациентам с идиопатической (первичной) парциальной красноклеточной аплазией, пациентам с рефрактерным течением вторичных форм парциальной красноклеточной аплазии) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.3.25.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при приобретенной чистой красноклеточной аплазии (эритробластопении) (коды по МКБ - 10: D60.0, D60.1, D60.8, D60.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен физикальный осмотр	Да/Нет
2.	Выполнены общий (клинический) анализ крови развернутый с исследованием уровня ретикулоцитов	Да/Нет
3.	Выполнены исследование уровня общего билирубина в крови и исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови и определение активности лактатдегидрогеназы в крови и определение уровня креатинина в крови и	Да/Нет

	исследование уровня мочевины в крови и определение уровня витамина B12 (цианокобаламина) в крови и исследование уровня фолиевой кислоты в сыворотке крови	
4.	Выполнено исследование уровня ферритина в крови и исследование уровня железа сыворотки крови и исследование насыщения трансферрина железом (НТЖ)	Да/Нет
5.	Выполнено получение цитологического препарата путем пункции (стерильная пункция) и цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограммы)	Да/Нет
6.	Выполнено определение ДНК парвовируса B19 (Parvovirus B19) в пунктате костного мозга, количественное исследование и/или определение антител класса M (IgM) к парвовирусу B19 (Parvovirus B19) в крови	Да/Нет
7.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (при первичной диагностике)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение иммуноглобулином человека нормальным (пациентам с парциальной красноклеточной аплазией, ассоциированной с парвовирусом B19) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено лечение циклоспорином в режиме монотерапии или в сочетании с преднизолоном (пациентам с идиопатической (первичной) парциальной красноклеточной аплазией, пациентам с рефрактерным течением вторичных форм парциальной красноклеточной аплазии) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.3.26.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при апластической анемии (коды по МКБ - 10: D61.1, D61.3, D61.8, D61.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы и определением числа тромбоцитов	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня ретикулоцитов в крови	Да/Нет
5.	Выполнено определение активности лактатдегидрогеназы в крови	Да/Нет
6.	Выполнена оценка эффективности терапии	Да/Нет

2.3.26.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при апластической анемии (коды по МКБ - 10: D61.1, D61.3, D61.8, D61.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы и определением числа тромбоцитов	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня ретикулоцитов в крови	Да/Нет
5.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограммы)	Да/Нет
6.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга	Да/Нет
7.	Выполнено цитогенетическое исследование (кариотип) клеток КМ и/или молекулярно-цитогенетическое исследование (FISH-метод) на одну пару хромосом	Да/Нет
8.	Выполнена консультация в трансплантационном центре (пациентам, являющимися кандидатами для выполнения алло-ТГСК)	Да/Нет
9.	Выполнено иммунофенотипирование клеток расширенной панелью маркеров, включая FLAER (флюоресцентно-меченый аэролизин) (для выявления клона пароксизмальной ночной гемоглобинурии)	Да/Нет

10.	Выполнено определение активности лактатдегидрогеназы в крови	Да/Нет
11.	Выполнено лечение циклоспорином (пациентам без родственного HLA-идентичного донора или старше 40 лет) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
12.	Выполнена оценка эффективности терапии	Да/Нет
13.	Выполнено лечение циклоспорином (пациенту с рецидивом, развившимся на фоне снижения дозы или отмены циклоспорина)	Да/Нет

2.3.27.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при гемолитико-уремическом синдроме (коды по МКБ - 10: D59.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена вакцинация против <i>Neisseria meningitidis</i> Вакциной для профилактики менингококковых инфекций серогрупп А, С, W, Y, полисахаридной, конъюгированной или Вакциной для профилактики менингококковых инфекций (олигосахаридная конъюгированная серогрупп ACW135Y) перед началом лечения экулизумабом или назначены препараты групп: пенициллины широкого спектра действия, пенициллины, чувствительные к бета-лактамазам, другие бета-лактамы антибактериальные препараты при срочном начале лечения экулизумабом	Да/Нет
2.	Выполнено генетическое исследование системы комплемента при атипичном ГУС и при подготовке к трансплантации при любой форме тромботической микроангиопатии	Да/Нет

2.3.27.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при гемолитико-уремическом синдроме (коды по МКБ - 10: D59.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен (клинический) анализ крови (развернутый) с исследованием фрагментированных эритроцитов (шизоцитов) по мазку крови при первичной диагностике	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический: исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня мочевины в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование уровня билирубина свободного (неконъюгированного) в крови, исследование уровня натрия в крови, исследование уровня калия в крови, исследование уровня общего кальция в крови, исследование уровня неорганического фосфора в крови, исследование уровня хлоридов в крови при первичной диагностике и при динамическом контроле	Да/Нет
3.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня С3 фракции комплемента и исследование уровня С4 фракции комплемента пациентам с подозрением на аГУС	Да/Нет
5.	Выполнены непрямая и прямая пробы Кумбса однократно при установлении диагноза	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня буферных веществ в крови, водородных ионов (рН) крови	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи всем пациентам (при наличии мочи)	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня гомоцистеина в крови, уровня витамина В12 в крови и фолиевой кислоты в крови при подозрении на метилмалоновую ацидемию с дефицитом кобаламина С (cblC)	Да/Нет
9.	Выполнено бактериологическое / серологическое исследование / ПЦР кала для выявления STEC-инфекции ((Комплекс исследований на диарогенный эшерихиоз, вызванный инфекцией <i>Escherichia Coli</i> (EPEC/ETEC/EIEC/ENEC/EAgEC) при первичной диагностике	Да/Нет

10.	Выполнено пациентам с тромботической микроангиопатией однократное определение активности металлопротеиназы ADAMTS13 в плазме крови в острый период заболевания	Да/Нет
11.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза): протромбиновая активность, МНО, ТВ, фибриноген, АЧТВ, РФМК, Д-димер, антиХа-активность	Да/Нет
12.	Выполнены иммунологическое обследование для диагностики аутоиммунных заболеваний (определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК, определение содержания антител к ДНК нативной, определение содержания антител к ДНК денатурированной, определение содержания антинуклеарных антител к Sm-антигену, Комплекс исследований для диагностики системной красной волчанки (волчаночный антикоагулянт), определение содержания антител к бета-2-гликопротеину в крови, определение содержания антител к кардиолипину в крови) при первичной диагностике аГУС детям школьного возраста с симптомокомплексом тромботической микроангиопатии исследования при необходимости исключения системных заболеваний.	Да/Нет
13.	Выполнено определение антител к CFH в сыворотке крови пациентам с подозрением на аГУС при необходимости диагностики «аутоиммунной» формы заболевания	Да/Нет
14.	Выполнено МРТ головного мозга с ангиорежимом (без контрастирования) или КТ головного мозга (с внутривенным контрастированием) пациентам с признаками поражения ЦНС при любой форме тромботической микроангиопатии	Да/Нет
15.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки или КТ органов грудной клетки при развитии /подозрении на отек легких, пневмонию.	Да/Нет
16.	Выполнено пациентам с трехростковой панцитопенией, лейкомоидной реакцией, косвенными признаками гемофагоцитарного синдрома цитологическое исследование пунктата (аспирата) костного мозга	Да/Нет
17.	Выполнено исследование уровня свободного L-карнитина и пропионилкарнитина методом tandemной масс-спектрометрии в крови всем пациентам с тромботической микроангиопатией младше 6 мес. и пациентам независимо от возраста при подозрении на метилмалоновую ацидемию	Да/Нет
18.	Выполнено лечение экулизумабом в качестве терапии первой линии детям с подтвержденным аГУС	Да/Нет
19.	Выполнено лечение глюкокортикоидами в сочетании с азатиоприном или микофенолата мофетилем в качестве поддерживающей терапии при антительном аГУС	Да/Нет
20.	Выполнена вакцинация против Neisseria meningitidis Вакциной для профилактики менингококковых инфекций серогрупп А, С, W, Y, полисахаридной, конъюгированной или Вакциной для профилактики менингококковых инфекций (олигосахаридная конъюгированная серогрупп ACW135Y) перед началом лечения экулизумабом или назначены препараты групп: пенициллины широкого спектра действия, пенициллины, чувствительные к бета-лактамазам, другие бета-лактамы антибактериальные препараты при срочном начале лечения экулизумабом	Да/Нет
21.	Выполнено генетическое исследование системы комплемента при атипичном ГУС и при подготовке к трансплантации при любой форме тромботической микроангиопатии	Да/Нет
22.	Выполнена трансфузия эритроцитов при уровне гемоглобина ниже 70 г/л	Да/Нет

2.4. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ БОЛЕЗНЯХ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВАХ ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯХ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ

2.4.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при заболеваниях и состояниях, связанных с дефицитом йода (коды по МКБ - 10: E01.0, E01.1, E01.2, E01.8, E02, E04.0, E04.1, E04.2, E04.8, E04.9, E07.9, E05.1, E05.2, D34)

№	Критерии оценки качества	Оценка

п/п		выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный или прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня ТТГ в крови	Да/Нет
4.	Выполнено исследование кальцитонина крови	Да/Нет
5.	Назначено лечение калия йодидом и/или левотироксином натрия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.4.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при заболеваниях и состояниях, связанных с дефицитом йода (коды по МКБ - 10: E01.0, E01.1, E01.2, E01.8, E02, E04.0, E04.1, E04.2, E04.8, E04.9, E07.9, E05.1, E05.2, D34)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный или прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня ТТГ в крови	Да/Нет
4.	Выполнено исследование кальцитонина крови	Да/Нет
5.	Выполнена пункция щитовидной железы под контролем ультразвукового исследования (ТАБ) при наличии показаний	Да/Нет
6.	Выполнено цитологическое исследование микропрепарата тканей щитовидной железы (с оценкой пунктата узлового образования с использованием шести категорий классификации Бетесда)	Да/Нет
7.	Выполнена спиральная компьютерная томография шеи и магнитно-резонансная томография шеи	Да/Нет
8.	Выполнена сцинтиграфия щитовидной железы	Да/Нет
9.	Выполнена гемитиреоидэктомия или тиреоидэктомия (при гигантском размере и/или при явлениях компрессии окружающих органов, при Бетесда IV, V и VI категории для узлового/многоузлового зоба, при наличии противопоказаний к проведению радиойодтерапии при токсическом зобе)	Да/Нет

2.4.2.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при заболеваниях и состояниях, связанных с дефицитом йода (коды по МКБ - 10: E01.0, E01.1, E01.2, E01.8, E02, E04.0, E04.1, E04.2, E04.8, E04.9, E07.9, E05.1, E05.2, D34)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона в крови	Да/Нет
4.	Назначено лечение калия йодидом и/или левотироксином натрия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.4.2.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при заболеваниях и состояниях, связанных с дефицитом йода (коды по МКБ - 10: E01.0, E01.1, E01.2, E01.8, E02, E04.0, E04.1, E04.2, E04.8, E04.9, E07.9, E05.1, E05.2, D34)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона в крови	Да/Нет

4.	Выполнена пункция щитовидной железы под контролем ультразвукового исследования (ТАБ) (при наличии узловых образований)	Да/Нет
5.	Выполнено цитологическое исследование микропрепарата тканей щитовидной железы с оценкой пунктата узлового образования с использованием шести категорий классификации Бетесда	Да/Нет

2.4.3.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при врожденном гипотиреозе у детей (коды по МКБ - 10: E03.0, E03.1, E07.1, E07.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога и/или прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня ТТГ в крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня ТТГ в крови, исследование уровня свободного тироксина в крови	Да/Нет
4.	Назначено лечение левотироксином натрия	Да/Нет

2.4.3.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденном гипотиреозе у детей (коды по МКБ - 10: E03.0, E03.1, E07.1, E07.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога и/или прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня ТТГ в крови	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня ТТГ в крови, исследование уровня свободного тироксина в крови	Да/Нет
5.	Выполнено лечение левотироксином натрия	Да/Нет

2.4.4.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при гипотиреозе (коды по МКБ - 10: E03.1, E03.2, E03.3, E03.4, E03.5, E03.8, E03.9, E89.0, E06.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный или прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный, или прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови (при впервые выявленном повышении уровня тиреотропного гормона (ТТГ))	Да/Нет
5.	Выполнено лечение левотироксином натрия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога повторный или прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный, или прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) повторный (с коррекцией дозы левотироксина натрия при недостижении целевого уровня тиреотропного гормона и/или свободного тироксина)	Да/Нет

2.4.4.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гипотиреозе (коды по МКБ - 10: E03.1, E03.2, E03.3, E03.4, E03.5, E03.8, E03.9, E89.0, E06.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный или	Да/Нет

	прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный, или прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный	
2.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови (при впервые выявленном повышении уровня тиреотропного гормона (ТТГ))	Да/Нет
5.	Выполнено лечение левотироксином натрия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога повторный или прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный, или прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) повторный (с коррекцией дозы левотироксина натрия при недостижении целевого уровня тиреотропного гормона и/или свободного тироксина)	Да/Нет

2.4.5.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при острых и хронических тиреоидитах (исключая аутоиммунный и амиодарон-индуцированный 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.	Выполнено исследование общего (клинического) анализа крови развернутого (при подозрении на острый тиреоидит)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование общего (клинического) анализа крови развернутого (при подозрении на подострый тиреоидит)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови (при установлении диагноза и/или при коррекции терапии)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня свободного трийодтиронина (СТ3) в крови (с целью верификации тиреотоксикоза в тиреотоксическую фазу)	Да/Нет
6.	Выполнено определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови пациентам, получающим лечение препаратами из группы иммуностимуляторов	Да/Нет
7.	Выполнено определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови (пациентам, которым показана терапия препаратами солей лития до начала лечения)	Да/Нет
8.	Выполнено определение содержания антител к тироглобулину в сыворотке крови пациентам, получающим лечение препаратами из группы иммуностимуляторов	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез	Да/Нет
10.	Выполнена сцинтиграфия щитовидной железы (при тиреотоксикозе)	Да/Нет
11.	Выполнена компьютерная томография верхних дыхательных путей и шеи (при наличии синдрома компрессии при остром тиреоидите) или компьютерная томография шеи с внутривенным болюсным контрастированием (при наличии синдрома компрессии при тиреоидите Риделя)	Да/Нет
12.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия (при остром тиреоидите)	Да/Нет
13.	Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами и/или бета-адреноблокаторами, и/или кортикостероидами системного действия (при подостром тиреоидите)	Да/Нет

2.4.5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при острых и хронических тиреоидитах (исключая аутоиммунный и амиодарон-индуцированный 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.	Выполнено исследование общего (клинического) анализа крови развернутого (при	Да/Нет

	подозрении на острый тиреоидит)	
2.	Выполнено исследование общего (клинического) анализа крови развернутого (при подозрении на подострый тиреоидит)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови (при установлении диагноза и/или при коррекции терапии)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня свободного трийодтиронина (СТ3) в крови (с целью верификации тиреотоксикоза в тиреотоксическую фазу)	Да/Нет
6.	Выполнено определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови пациентам, получающим лечение препаратами из группы иммуностимуляторов	Да/Нет
7.	Выполнено определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови (пациентам, которым показана терапия препаратами солей лития до начала лечения)	Да/Нет
8.	Выполнено определение содержания антител к тироглобулину в сыворотке крови пациентам, получающим лечение препаратами из группы иммуностимуляторов	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез	Да/Нет
10.	Выполнена сцинтиграфия щитовидной железы (при тиреотоксикозе)	Да/Нет
11.	Выполнена компьютерная томография верхних дыхательных путей и шеи (при наличии синдрома компрессии при остром тиреоидите) или компьютерная томография шеи с внутривенным болюсным контрастированием (при наличии синдрома компрессии при тиреоидите Риделя)	Да/Нет
12.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия (при остром тиреоидите)	Да/Нет
13.	Выполнена пункция гнойного очага в сочетании с лечением антибактериальными препаратами системного действия или гемитиреоидэктомия (при абсцедировании при остром тиреоидите)	Да/Нет
14.	Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами и/или бета-адреноблокаторами, и/или кортикостероидами системного действия (при подостром тиреоидите)	Да/Нет

2.4.6.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при тиреоидитах у детей (коды по МКБ - 10: E03.8, E06.0, E06.1, E06.3, E06.5, E06.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога и/или прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с оценкой СОЭ (при остром тиреоидите, подостром тиреоидите)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня ТТГ в крови при наличии клинической картины тиреотоксикоза	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы	Да/Нет
5.	Выполнено определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови	Да/Нет
6.	Назначено лечение левотироксином натрия (при наличии гипотиреоза и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.4.6.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при тиреоидитах у детей (коды по МКБ - 10: E03.8, E06.0, E06.1, E06.3, E06.5, E06.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня ТТГ в крови при наличии клинической картины тиреотоксикоза	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы	Да/Нет
3.	Выполнено лечение левотироксином натрия (при наличии гипотиреоза и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

4.	Выполнено лечение кортикостероидами системного действия или антибактериальными препаратами системного действия или нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.4.7.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной 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 прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный	Да/Нет
2.	Выполнено измерение роста, массы тела и оценка полового развития	Да/Нет
3.	Выполнен визуальный осмотр и пальпация мест инъекций инсулина	Да/Нет
4.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина не реже одного раза в 6 месяцев	Да/Нет
6.	Выполнено определение целевых показателей гликемического контроля включая HbA1c и время в диапазонах (время в целевом диапазоне, время выше целевого диапазона, время ниже целевого диапазона), при использовании непрерывного мониторинга глюкозы	
7.	Выполнено исследование уровня альбумина и креатинина в крови, начиная с 11 лет при длительности заболевания более 2 лет (не реже 1 раза в 12 месяцев, если не выполнено на предыдущем этапе)	Да/Нет
8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога начиная с 11 лет при длительности заболевания более 2 лет (не реже 1 раза в 12 месяцев, если не выполнено на предыдущем этапе)	Да/Нет
9.	Назначена заместительная интенсифицированная и/или помповая инсулинотерапия (в зависимости от медицинских показаний)	Да/Нет

2.4.7.2. 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 прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный	Да/Нет
2.	Выполнено измерение роста, массы тела и оценка полового развития	Да/Нет
3.	Выполнен визуальный осмотр и пальпация мест инъекций инсулина	Да/Нет
4.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина	Да/Нет
6.	Выполнено определение целевых показателей гликемического контроля включая HbA1c и время в диапазонах (время в целевом диапазоне, время выше целевого диапазона, время ниже целевого диапазона), при использовании непрерывного мониторинга глюкозы	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня альбумина и креатинина в крови, начиная с 11 лет при длительности заболевания более 2 лет	Да/Нет

8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога начиная с 11 лет при длительности заболевания более 2 лет	Да/Нет
9.	Выполнена заместительная интенсифицированная и/или помповая инсулиноterapia (в зависимости от медицинских показаний)	Да/Нет
10.	Выполнено обучение в «Школе для пациентов с сахарным диабетом» по структурированной программе (при установлении диагноза)	Да/Нет

2.4.8.1. 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 прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога (с выбором индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) и целевых значений гликемии, с рекомендацией пациенту по частоте самоконтроля гликемии) не реже 1 раза в год	Да/Нет
2.	Выполнен визуальный осмотр и пальпация мест инъекций и проверка техники инъекций инсулина для выявления липодистрофий не реже 1 раза в 6 месяцев	Да/Нет
3.	Выполнено комплексное обследование стоп (визуальный осмотр, оценка вибрационной, тактильной и температурной чувствительности нижних конечностей, определение пульсации на артериях стоп) и оценка риска развития синдрома диабетической стопы (при длительности сахарного диабета 5 лет и более) не реже 1 раза в год	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина в крови не реже 1 раза в 3 месяца	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, холестерин, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза) не реже 1 раза в год	Да/Нет
6.	Выполнено определение альбумина в моче или определение альбумина в моче и определение креатинина в моче для определения соотношения альбумина/креатинина (при отсутствии воспалительных изменений в анализах мочи) (при длительности сахарного диабета 5 лет и более) не реже 1 раза в год	Да/Нет
7.	Выполнено исследование функции нефронов по клиренсу креатинина (проба Реберга) (или расчет скорости клубочковой фильтрации) не реже 1 раза в год	Да/Нет
8.	Выполнено направление на прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога (при длительности сахарного диабета 5 лет и более) не реже 1 раза в год	Да/Нет
9.	Назначено лечение инсулинами и их аналогами (A10A) в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнено обучение в школе для пациентов с сахарным диабетом не реже 1 раза в 3 года	Да/Нет

2.4.8.2. 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.	Выполнено лечение в условиях стационара врачом-эндокринологом (с выбором за время госпитализации индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) и целевых значений гликемии)	Да/Нет
2.	Выполнен визуальный осмотр и пальпация мест инъекций и проверка техники инъекций инсулина для выявления липодистрофий	Да/Нет
3.	Выполнено комплексное обследование стоп (визуальный осмотр, оценка вибрационной, тактильной и температурной чувствительности нижних конечностей, определение пульсации на артериях стоп) и оценка риска развития	Да/Нет

	синдрома диабетической стопы	
4.	Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина в крови (если не выполнено в последние 3 месяца)	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, холестерин, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды, мочевины, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза)	Да/Нет
6.	Выполнено определение альбумина в моче или определение альбумина в моче и определение креатинина в моче для определения соотношения альбумина/креатинина при отсутствии воспалительных изменений в анализах мочи (при длительности сахарного диабета 5 лет и более), если не выполнено в последние 12 месяцев	Да/Нет
7.	Выполнено исследование функции нефронов по клиренсу креатинина (проба Реберга) (или расчет скорости клубочковой фильтрации)	Да/Нет
8.	Выполнено направление на прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога (при длительности сахарного диабета 5 лет и более), если не выполнен в последние 12 месяцев	Да/Нет
9.	Выполнено определение уровня глюкозы в крови не менее 4 раз в сутки (с коррекцией терапии при необходимости)	Да/Нет
10.	Выполнено лечение инсулинами и их аналогами (А10А) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) с коррекцией терапии при необходимости	Да/Нет
11.	Выполнено обучение в школе для пациентов с сахарным диабетом (если не было проведено за последние 3 года) (или проведено индивидуальное обучение)	Да/Нет

2.4.9.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при сахарном диабете 2 типа у детей (коды по МКБ - 10: E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, R73.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина не реже одного раза в год	Да/Нет
2.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях.	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня альбумина и креатинина в крови (не реже 1 раза в 12 месяцев, если не выполнено на предыдущем этапе)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога (не реже 1 раза в 12 месяцев, если не выполнено на предыдущем этапе)	Да/Нет
5.	Назначено лечение метформином или инсулинами и их аналогами, или аналогами глюкагонподобного пептида-1 (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.4.9.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при сахарном диабете 2 типа у детей (коды по МКБ - 10: E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, R73.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина не реже одного раза в год	Да/Нет
2.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях.	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня альбумина и креатинина в крови	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога	Да/Нет
5.	Выполнено лечение метформином или инсулинами и их аналогами, или аналогами глюкагонподобного пептида-1 (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.4.10.1. 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, R73.0, R73.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога (с выбором индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) и целевых значений гликемии, с рекомендацией пациенту по частоте самоконтроля гликемии) не реже 1 раза в год	Да/Нет
2.	Выполнен визуальный осмотр и пальпация мест инъекций и проверка техники инъекций инсулина для выявления липодистрофий не реже 1 раза в 6 месяцев	Да/Нет
3.	Выполнено комплексное обследование стоп (визуальный осмотр, оценка вибрационной, тактильной и температурной чувствительности нижних конечностей, определение пульсации на артериях стоп) и оценка риска развития синдрома диабетической стопы не реже 1 раза в год	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина в крови не реже 1 раза в 3 месяца	
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, холестерин, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза) не реже 1 раза в год	Да/Нет
6.	Выполнено определение альбумина в моче или определение альбумина в моче и определения креатинина в моче для определения соотношения альбумина/креатинина при отсутствии воспалительных изменений в анализах мочи не реже 1 раза в год	Да/Нет
7.	Выполнено исследование функции нефронов по клиренсу креатинина (проба Реберга) (или расчет скорости клубочковой фильтрации) не реже 1 раза в год	Да/Нет
8.	Выполнено направление на прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога не реже 1 раза в год	Да/Нет
9.	Назначено лечение препаратами для лечения сахарного диабета (A10) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнено обучение в школе для пациентов с сахарным диабетом не реже 1 раза в 3 года	Да/Нет

2.4.10.2. 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, R73.0, R73.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено лечение в условиях стационара врачом-эндокринологом (с выбором за время госпитализации индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) и целевых значений гликемии)	Да/Нет
2.	Выполнен визуальный осмотр и пальпация мест инъекций и проверка техники инъекций инсулина для выявления липодистрофий	Да/Нет
3.	Выполнено комплексное обследование стоп (визуальный осмотр, оценка вибрационной, тактильной и температурной чувствительности нижних конечностей, определение пульсации на артериях стоп) и оценка риска развития синдрома диабетической стопы	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина в крови (если не выполнено в последние 3 месяца)	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, холестерин, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды,	Да/Нет

	мочевина, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза)	
6.	Выполнено определение альбумина в моче или определение альбумина в моче и определения креатинина в моче для определения соотношения альбумина/креатинина при отсутствии воспалительных изменений в анализах мочи (если не выполнено в последние 12 месяцев)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование функции нефронов по клиренсу креатинина (проба Реберга) (или расчет скорости клубочковой фильтрации)	Да/Нет
8.	Выполнено направление на прием (осмотр, консультацию) врача-офтальмолога (если не выполнен в последние 12 месяцев)	Да/Нет
9.	Выполнено определение уровня глюкозы в крови не менее 4 раз в сутки (с коррекцией терапии при необходимости)	Да/Нет
10.	Выполнено лечение препаратами для лечения сахарного диабета (A10) с коррекцией терапии при необходимости (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнено обучение в школе для пациентов с сахарным диабетом (если не было проведено за последние 3 года) (или проведено индивидуальное обучение)	Да/Нет

2.4.11.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при гипопаратиреозе у взрослых (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 в крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня альбумина в крови	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня креатинина в крови	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня общего магния в сыворотке крови	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня неорганического фосфора в крови	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня кальция в моче (суточный анализ)	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование почек	Да/Нет
9.	Выполнено лечение альфакальцитриолом или, кальцитриолом и/или соединениями кальция	Да/Нет
10.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	Да/Нет
11.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога повторный	Да/Нет

2.4.11.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гипопаратиреозе у взрослых (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 в крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня альбумина в крови	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня креатинина в крови	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня общего магния в сыворотке крови	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня неорганического фосфора в крови	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня кальция в моче (суточный анализ)	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование почек	Да/Нет
9.	Выполнено лечение альфакальцитриолом или, кальцитриолом и/или соединениями кальция	Да/Нет

2.4.12.1. 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	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	Да/Нет
8.	Выполнена рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника при болевом синдроме в спине, при снижении роста на 4 см в течение жизни или на 2 см при регулярном медицинском контроле	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и/или компьютерная томография почек и надпочечников	Да/Нет
10.	Выполнено ультразвуковое исследование паращитовидных желез (при планировании хирургического вмешательства)	Да/Нет
11.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный (при планировании хирургического вмешательства)	Да/Нет
12.	Выполнено лечение алендроновой кислотой или деносумабом и/или цинакальцетом	Да/Нет

2.4.12.2. 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	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	Да/Нет
8.	Выполнена рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника при болевом синдроме в спине, при снижении роста на 4 см в течение жизни или на 2 см при регулярном медицинском контроле	Да/Нет
9.	Выполнена рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника	Да/Нет
10.	Выполнена рентгеноденситометрия проксимального отдела бедренной кости	Да/Нет
11.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и/или компьютерная томография почек и надпочечников	Да/Нет
12.	Выполнено ультразвуковое исследование паращитовидных желез (при планировании хирургического вмешательства)	Да/Нет
13.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный (при планировании хирургического вмешательства)	Да/Нет
14.	Выполнено лечение алендроновой кислотой или деносумабом и/или цинакальцетом	Да/Нет

2.4.13.1. 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 в крови	Да/Нет

2.	Выполнено исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня общего тестостерона в крови	Да/Нет
4.	Выполнено определение рениновой активности плазмы крови (при сольтерющей форме)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография надпочечников или магнитно-резонансная томография надпочечников (при классической форме и недостижении целевых показателей андрогенов, эпизодах длительной декомпенсации)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки (у мужчин)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) (у женщин)	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 лечение препаратами глюкокортикоидов АТХ код Н02А (при классических формах ВДКН)	Да/Нет
10.	Выполнено лечение препаратом минералокортикоида АТХ код: Н02АА02 (флудрокортизон) (при сольтерющей форме дефицита 21-гидроксилазы)	Да/Нет
11.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	Да/Нет
12.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога повторный	Да/Нет

2.4.13.2. 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 в крови	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня общего тестостерона в крови	Да/Нет
4.	Выполнено определение рениновой активности плазмы крови (при сольтерющей форме)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография надпочечников или магнитно-резонансная томография надпочечников (при классической форме и недостижении целевых показателей андрогенов, эпизодах длительной декомпенсации)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки (у мужчин)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) (у женщин)	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 лечение препаратами глюкокортикоидов АТХ код Н02А (при классических формах ВДКН)	Да/Нет
10.	Выполнено лечение препаратом минералокортикоида АТХ код: Н02АА02 (флудрокортизон) (при сольтерющей форме дефицита 21-гидроксилазы)	Да/Нет
11.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	Да/Нет
12.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога повторный	Да/Нет

2.4.14.1. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня альдостерона в крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня ренина в крови или определение рениновой активности плазмы крови	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня общего кортизола в крови и/или исследование уровня общего кортизола в крови с проведением пробы с лекарственными препаратами	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня адренокортикотропного гормона в крови	Да/Нет
6.	Выполнен комплекс исследований для диагностики Х-сцепленной адренолейкодистрофии (у мужчин с подтвержденным диагнозом)	Да/Нет
7.	Выполнена компьютерная томография надпочечников у мужчин с отрицательным результатом комплекса исследований для диагностики Х-сцепленной адренолейкодистрофии (у женщин с подтвержденным диагнозом)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение глюкокортикоидами (H02AB)	Да/Нет
9.	Выполнено лечение флудрокортизоном (H02AA02)	Да/Нет
10.	Выполнено обучение самоуходу	Да/Нет
11.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога повторный	Да/Нет

2.4.14.2. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня альдостерона в крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня ренина в крови или определение рениновой активности плазмы крови	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня общего кортизола в крови и/или исследование уровня общего кортизола в крови с проведением пробы с лекарственными препаратами	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня адренокортикотропного гормона в крови	Да/Нет
6.	Выполнен комплекс исследований для диагностики Х-сцепленной адренолейкодистрофии (у мужчин с подтвержденным диагнозом)	Да/Нет
7.	Выполнена компьютерная томография надпочечников у мужчин с отрицательным результатом комплекса исследований для диагностики Х-сцепленной адренолейкодистрофии (у женщин с подтвержденным диагнозом)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение глюкокортикоидами (H02AB)	Да/Нет
9.	Выполнено лечение флудрокортизоном (H02AA02)	Да/Нет
10.	Выполнено обучение самоуходу	Да/Нет
11.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога повторный	Да/Нет

2.4.15.1. 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 общего тестостерона в крови, исследование уровня глобулина, связывающего половые гормоны, в крови и подсчет индекса свободных андрогенов	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
3.	Выполнено измерения роста и веса с вычислением индекса массы тела	Да/Нет
4.	Выполнено измерение артериального давления, окружности талии и регистрация индекса массы тела при каждом визите	Да/Нет
5.	Выполнено назначение медикаментозной терапии при нарушениях менструального цикла, гирсутизме и акне	Да/Нет
6.	Выполнено предоставление рекомендаций по модификации образа жизни, включающие физические упражнения и рациональное сбалансированное питание для лечения ожирения и избыточной массы тела	Да/Нет
7.	Выполнено назначение кломифена в качестве терапии первой линии для лечения ановуляторного бесплодия	Да/Нет
8.	Выполнена стимуляция овуляции гонадотропинами или лапароскопия (лапароскопический дриллинг) в качестве 2-й линии терапии при неэффективности кломифена или отсутствии условий для его применения	Да/Нет

2.4.15.2. 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 комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
2.	Выполнено измерения роста и веса с вычислением индекса массы тела	Да/Нет
3.	Выполнено измерение артериального давления, окружности талии и регистрация индекса массы тела при каждом визите	Да/Нет
4.	Выполнено предоставление рекомендаций по модификации образа жизни, включающие физические упражнения и рациональное сбалансированное питание для лечения ожирения и избыточной массы тела	Да/Нет
5.	Выполнена стимуляция овуляции гонадотропинами или лапароскопия (лапароскопический дриллинг) в качестве 2-й линии терапии при неэффективности кломифена или отсутствии условий для его применения	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография кисти (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование лютеинизирующего гормона в сыворотке крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня фолликулостимулирующего гормона сыворотки крови	Да/Нет
4.	Выполнено исследование 17-гидроксипрогестерона в крови (при преждевременном адренархе)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансабдоминальное) (девочкам)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки (мальчикам)	Да/Нет
7.	Назначено лечение аналогами гонадотропин-рилизинг гормона (в зависимости от	Да/Нет

	медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
8.	Выполнено измерение роста, оценка SDS роста и подсчет скорости роста у пациентов с преждевременным половым созреванием	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография кисти (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование лютеинизирующего гормона в сыворотке крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня фолликулостимулирующего гормона сыворотки крови	Да/Нет
4.	Выполнено исследование 17-гидроксипрогестерона в крови (при преждевременном адренархе)	Да/Нет
5.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга при доказанном гонадотропинзависимом характере ППР девочкам с манифестацией ППР в возрасте 6 лет и младше и мальчикам с манифестацией ППР до 9 (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансабдоминальное) (девочкам)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки (мальчикам)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гериатра первичный и комплексная гериатрическая оценка функционального и когнитивного статуса (с оценкой статуса питания (краткая шкала оценки питания) и с формулировкой диагноза с учетом всех гериатрических синдромов)	Да/Нет
2.	Выполнен расчет суточной энергетической ценности с учетом физиологической массы тела и физических нагрузок (расчет суточной энергетической потребности)	Да/Нет
3.	Выполнено назначение продуктов специализированного лечебного питания	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-гериатром с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара или прием (осмотр, консультация) врача-гериатра первичный и комплексная гериатрическая оценка функционального и когнитивного статуса (с оценкой статуса питания (краткая шкала оценки питания) и с формулировкой диагноза с учетом всех гериатрических синдромов)	Да/Нет
2.	Выполнен расчет суточной энергетической ценности с учетом физиологической массы тела и физических нагрузок (расчет суточной энергетической потребности)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение с использованием продуктов специализированного лечебного питания	Да/Нет

2.4.18.1. 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.	Выполнено визуальное исследование в эндокринологии	Да/Нет
3.	Выполнено измерение антропометрических показателей: масса тела, рост, окружность талии, расчет индекса массы тела (ИМТ)	Да/Нет
4.	Выполнено измерение АД на периферических артериях, ЧСС	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический с исследованием уровней холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности, аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, мочевого кислоты	Да/Нет
6.	Выполнена диагностика нарушений углеводного обмена (исследование уровней глюкозы в крови и исследование уровня гликированного гемоглобина в крови, а также, при необходимости, проведение глюкозотолерантного теста)	Да/Нет

2.4.18.2. 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.	Выполнено визуальное исследование в эндокринологии	Да/Нет
3.	Выполнено измерение антропометрических показателей: масса тела, рост, окружность талии, расчет индекса массы тела (ИМТ)	Да/Нет
4.	Выполнено измерение АД на периферических артериях, ЧСС	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический с исследованием уровней холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности, аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, мочевого кислоты	Да/Нет
6.	Выполнена диагностика нарушений углеводного обмена (исследование уровней глюкозы в крови и исследование уровня гликированного гемоглобина в крови, а также, при необходимости, проведение глюкозотолерантного теста)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
8.	Выполнено обучение пациента, направленное на изменение образа жизни квалифицированным медицинским специалистом по структурированной программе в групповом или индивидуальном порядке	Да/Нет
9.	Назначены лекарственные средства для терапии ожирения или избыточной массы тела (при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача – детского эндокринолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача – педиатра первичный (с обязательным измерением роста, вес и расчетом SDS ИМТ)	Да/Нет
2.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача – детского эндокринолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача – педиатра первичный (проведен клинический скрининг ассоциированных с ожирением заболеваний и проведена оценка стадии полового развития по шкале Таннера)	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (с определением активности АлАТ и АсАт)	Да/Нет
5.	Выполнен глюкозотолерантный тест с определением глюкозы натощак и через 120	Да/Нет

	минут (пациентам с ожирением старше 10 лет)	
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
7.	Выполнена оценка фактического питания с использованием метода 24-часового (суточного) воспроизведения питания	Да/Нет
8.	Выполнена оценка физической активности и даны рекомендации по модификации образа жизни	Да/Нет
9.	Назначено лечение орлистатом или лираглутидом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.4.19.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при ожирении у детей (коды по МКБ – 10: E66.0, E66.1, E66.2, E66.8, E66.9, E67.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача – детского эндокринолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача – педиатра первичный (с обязательным измерением роста, вес и расчетом SDS ИМТ)	Да/Нет
2.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача – детского эндокринолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача – педиатра первичный (проведен клинический скрининг ассоциированных с ожирением заболеваний и проведена оценка стадии полового развития по шкале Таннера)	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (с определением активности АлАТ и АсАт)	Да/Нет
5.	Выполнен глюкозотолерантный тест с определением глюкозы натощак и через 120 минут (пациентам с ожирением старше 10 лет)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
7.	Выполнена оценка фактического питания с использованием метода 24-часового (суточного) воспроизведения питания	Да/Нет
8.	Выполнена оценка физической активности и даны рекомендации по модификации образа жизни	Да/Нет
9.	Выполнено лечение орлистатом или лираглутидом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.4.20.1. 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, E70.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня фенилаланина в крови (при неонатальном скрининге и/или при установлении диагноза, и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
3.	Выполнен комплекс исследований для диагностики фенилкетонурии (молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене PAH, PTS, QDPR, GCH1, PCBD, SPR, DNAJC12 (фенилкетонурия) в крови)	Да/Нет
4.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови методом tandemной масс-спектрометрии	Да/Нет
5.	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
6.	Назначено лечение сапроптерином (при ВН4-дефицитной и с ФАГ-дефицитной гиперфенилаланинемии, чувствительной к сапроптерину) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских	Да/Нет

	противопоказаний)	
7.	Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного фенилаланина	Да/Нет

2.4.20.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при классической фенилкетонурии и другие виды гиперфенилаланинемии (коды по МКБ - 10: E70.0, E70.1, E70.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-педиатром с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара или ежедневный осмотр врачом-терапевтом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня фенилаланина в крови	Да/Нет
4.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови методом tandemной масс-спектрометрии	Да/Нет
5.	Выполнено лечение сапроптерином (при ВН4-дефицитной и ФАГ-дефицитной гиперфенилаланинемии, чувствительной к сапроптерину) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного фенилаланина	Да/Нет

2.4.21.1. 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 молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене FAN (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Назначено лечение нитизиноном (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного фенилаланина и тирозина	Да/Нет

2.4.21.2. 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 tandemной масс-спектрометрии	Да/Нет
2.	Проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
3.	Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного фенилаланина и тирозина	Да/Нет

2.4.22.1. 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)	Да/Нет
2.	Выполнено комплексное определение содержания органических кислот в моче (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в генах (BCKDHA, BCKDHB, DBT и DLD) (при установлении диагноза пациентам с биохимическими признаками болезни «кленового сиропа»)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного лейцина, изолейцина и валина	Да/Нет

2.4.22.2. 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 tandemной масс-спектрометрии (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного лейцина, изолейцина и валина	Да/Нет

2.4.23.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при пропионовой 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 (при установлении диагноза и далее не реже 1 раза в год)	Да/Нет
2.	Выполнено комплексное определение содержания органических кислот в моче (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен комплекс исследований для диагностики органических ацидурий (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного метионина, треонина, изолейцина и валина	Да/Нет

2.4.23.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при пропионовой ацидемии / ацидурии (коды по МКБ - 10: E71.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено лечение левокарнитином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания,	Да/Нет

	лишенного метионина, треонина, изолейцина и валина	

2.4.24.1. 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 содержания органических кислот в моче (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен комплекс исследований для диагностики органических ацидурий (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишённого лейцина	Да/Нет
6.	Назначено лечение левокарнитином и глицином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.4.24.2. 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 лечение левокарнитином и глицином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишённого лейцина	Да/Нет

2.4.25.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при других видах нарушения обмена аминокислот с разветвленной цепью (метилмалоновой 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 содержания органических кислот в моче (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен комплекс исследований для диагностики органических ацидурий (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Назначено лечение левокарнитином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишённого метионина, треонина, изолейцина и валина	Да/Нет
7.	Назначено лечение цианокобаламином (при диагностике и установлении В-12-зависимой формы метилмалоновой ацидемии/ ацидурии)	Да/Нет

2.4.25.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при других видах нарушения обмена аминокислот с разветвленной цепью (метилмалоновой ацидемии, ацидурии) (коды по МКБ - 10: E71.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено лечение левокарнитином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено лечение цианокобаламином (при диагностике и установлении В-12-зависимой формы метилмалоновой ацидемии/ ацидурии)	Да/Нет
3.	Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного метионина, треонина, изолейцина и валина	Да/Нет

2.4.26.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при нарушениях митохондриального β -окисления жирных кислот (коды по МКБ - 10: E71.3)

№ 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 молекулярно-генетическое исследование мутаций в генах, ответственных за β -окисление жирных кислот, метаболизм и транспорт карнитина (при установлении диагноза пациентам с биохимическими признаками нарушения митохондриального β -окисления жирных кислот)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено назначение сухой специализированной смеси с повышенным содержанием СЦТ (при нарушении окисления жирных кислот с длинной и очень длинной цепью)	Да/Нет

2.4.26.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при нарушениях митохондриального β -окисления жирных кислот (коды по МКБ - 10: E71.3)

№ 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 назначение сухой специализированной смеси с повышенным содержанием СЦТ (при нарушении окисления жирных кислот с длинной и очень длинной цепью)	Да/Нет

2.4.27.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при нарушении обмена серосодержащих аминокислот (гомоцистинурии) (коды по МКБ - 10: E72.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови методом тандемной масс-спектрометрии	Да/Нет
2.	Выполнена молекулярно-генетическая диагностика пациентам с классической гомоцистинурией и с дефицитом MTHFR (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня гомоцистеина в крови	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня креатинина и мочевины в крови (при	Да/Нет

	установлении диагноза)	
5.	Назначено лечение пиридоксином и/или лекарственными препаратами группы витамина B12 (цианокобаламином и его аналогами), и/или фолиевой кислотой (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного метионина	Да/Нет

2.4.27.2. Критерии оценки качества специализированной помощи взрослым и детям при нарушении обмена серосодержащих аминокислот (гомоцистинурии) (коды по МКБ - 10: E72.1)

№ 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 год)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня гомоцистеина в крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня креатинина и мочевины в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено лечение пиридоксином и/или лекарственными препаратами группы витамина B12 (цианокобаламином и его аналогами), и/или фолиевой кислотой (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного метионина	Да/Нет

2.4.28.1. 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 комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови методом tandemной масс-спектрометрии (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено комплексное определение содержания 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.	Назначено лечение левокарнитином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного лизина и триптофана	Да/Нет

2.4.28.2. 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 лечение левокарнитином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания,	Да/Нет

	лишенного лизина и триптофана	

2.4.29.1. 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.	Выполнен комплекс исследований для диагностики болезни Помпе у пациентов со сниженной активностью кислой альфа-глюкозидазы (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
4.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	Да/Нет
7.	Назначено лечение алглюкозидазой альфа (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.4.29.2. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение алглюкозидазой альфа (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.4.30.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при нарушениях обмена галактозы (галактоземии) (коды по МКБ - 10: E74.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня галактозы в крови (при неонатальном скрининге и/или при установлении диагноза, и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
3.	Выполнен комплекс исследований для диагностики галактоземии (при установлении диагноза и/или при снижении активности фермента галактозо-1-фосфатуридилтрансферазы)	Да/Нет
4.	Выполнено назначение сухой специализированной смеси без лактозы или специализированного продукта детского диетического лечебного питания для детей раннего возраста, смеси специализированной сухой безлактозной (мелкий сухой порошок) (детям до 7 лет, при классической галактоземии 1 и 2 типа)	Да/Нет

2.4.30.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при нарушениях обмена галактозы (галактоземии) (коды по МКБ - 10: E74.2)

№	Критерии оценки качества	Оценка

п/п		выполнения
1.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-педиатром с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара или ежедневный осмотр врачом-терапевтом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	Да/Нет
2.	Выполнено назначение сухой специализированной смеси без лактозы или специализированного продукта детского диетического лечебного питания для детей раннего возраста, смеси специализированной сухой безлактозной (мелкий сухой порошок) (детям до 7 лет, при классической галактоземии 1 и 2 типа)	Да/Нет

2.4.31.1. 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.	Выполнен комплекс исследований для диагностики болезни Ниманна-Пика тип С (выявление мутаций в гене NPC1, NPC2) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
5.	Назначено лечение миглустатом (в качестве субстрат-редуцирующей терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.4.31.2. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение миглустатом (в качестве субстрат-редуцирующей терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.4.32.1. 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.	Выполнен комплекс исследований для диагностики болезни Фабри (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
4.	Выполнено исследование функции нефронов по клиренсу креатинина (проба Реберга)	Да/Нет
5.	Назначено лечение агалсидазой бета или агалсидазой альфа (в качестве ферментной заместительной терапии, пациентам женского пола при наличии клинических проявлений и всем пациентам мужского пола) (в зависимости	Да/Нет

	от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	

2.4.32.2. 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 количества белка в суточной моче	Да/Нет
2.	Выполнено определение альбумина в моче	Да/Нет
3.	Выполнено исследование функции нефронов по клиренсу креатинина (проба Реберга)	Да/Нет
4.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
5.	Выполнено лечение агалсидазой бета или агалсидазой альфа (в качестве ферментной заместительной терапии, (пациентам женского пола при наличии клинических проявлений и всем пациентам мужского пола) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.4.33.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при других нарушениях накопления липидов (дефиците лизосомой кислой липазы) (коды по МКБ - 10: E75.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (холестерин, холестерин липопротеинов высокой плотности, холестерин липопротеинов низкой плотности, триглицериды, общий белок, альбумин, общий билирубин, билирубин связанный (конъюгированный), билирубин свободный (неконъюгированный), аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, гамма-глутамилтрансфераза)	Да/Нет
3.	Выполнено определение активности лизосомной кислой липазы в пятнах высушенной крови или лейкоцитах периферической крови и/или молекулярно-генетическое исследование (выявление мутаций в гене <i>LIPA</i>) (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено дуплексное сканирование сосудов гепатобилиарной зоны и дуплексное сканирование сосудов селезенки	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
8.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
9.	Назначено лечение себелипазой альфа (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.4.33.2. Критерии оценки качества специализированной помощи взрослым и детям при других нарушениях накопления липидов (дефиците лизосомой кислой липазы) (коды по МКБ - 10: E75.5)

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

2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (холестерин, холестерин липопротеинов высокой плотности, холестерин липопротеинов низкой плотности, триглицериды, общий белок, альбумин, общий билирубин, билирубин связанный (конъюгированный), билирубин свободный (неконъюгированный), аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, гамма-глутамилтрансфераза)	Да/Нет
3.	Выполнено дуплексное сканирование сосудов гепатобиллиарной зоны и дуплексное сканирование сосудов селезенки	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
6.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет

2.4.34.1. 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.	Выполнено определение уровня гликозаминогликанов мочи	Да/Нет
2.	Выполнен комплекс исследований для диагностики мукополисахаридоза тип I (определение активности альфа L идуронидазы в лейкоцитах периферической крови или пятнах высушенной крови, молекулярно-генетическое исследование (выявление мутаций в гене IDUA)) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Назначено лечение ларонидазой (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.4.34.2. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (при наличии неврологической симптоматики)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога- ортопеда первичный (при наличии ортопедической патологии)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный (при наличии сердечно-сосудистой патологии)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение ларонидазой (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.4.35.1. 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 гликозаминогликанов мочи	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный при	Да/Нет

	установлении диагноза	
3.	Выполнен комплекс исследований для диагностики мукополисахаридоза тип I (определение активности альфа L идуронидазы в лейкоцитах периферической крови или пятнах высушенной крови, молекулярно-генетическое исследование (выявление мутаций в гене IDUA)) (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Назначено лечение ларонидазой (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.4.35.2. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (при наличии неврологической симптоматики)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (при наличии ортопедической патологии)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный (при наличии сердечно-сосудистой патологии)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение ларонидазой (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.4.36.1. 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.	Выполнено определение уровня гликозаминогликанов мочи	Да/Нет
2.	Выполнен комплекс исследований для диагностики мукополисахаридоза тип II (определение активности идуронат-2-сульфатазы в лейкоцитах периферической крови или пятнах высушенной крови, молекулярно-генетическое исследование (выявление мутаций в гене IDS)) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография шеи	Да/Нет
5.	Назначено лечение идурсульфазой или идурсульфазой бета (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.4.36.2. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (при наличии неврологической симптоматики)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (при наличии ортопедической патологии)	Да/Нет

4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный (при наличии сердечно-сосудистой патологии)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение идурсульфазой или идурсульфазой бета (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.4.37.1. 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 гликозаминогликанов мочи	Да/Нет
2.	Выполнен комплекс исследований для диагностики мукополисахаридоза тип II (определение активности идуронат-2-сульфатазы в лейкоцитах периферической крови или пятнах высушенной крови, молекулярно-генетическое исследование (выявление мутаций в гене IDS)) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография шеи	Да/Нет
5.	Назначено лечение идурсульфазой или идурсульфазой бета (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.4.37.2. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (при наличии неврологической симптоматики)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (при наличии ортопедической патологии)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный (при наличии сердечно-сосудистой патологии)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение идурсульфазой или идурсульфазой бета (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.4.38.1. 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.	Выполнено определение уровня гликозаминогликанов мочи	Да/Нет
2.	Выполнен комплекс исследований для диагностики мукополисахаридоза тип VI (определение активности арилсульфатазы В в лейкоцитах периферической крови или пятнах высушенной крови, молекулярно-генетическое исследование (выявление мутаций в гене ARSB)) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел)	Да/Нет

5.	Назначено лечение галсульфазой (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.4.38.2. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (при наличии неврологической симптоматики)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога- ортопеда первичный (при наличии ортопедической патологии)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный (при наличии сердечно-сосудистой патологии)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение галсульфазой (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.4.39.1. 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 гликозаминогликанов мочи	Да/Нет
2.	Выполнен комплекс исследований для диагностики мукополисахаридоза тип VI (определение активности арилсульфатазы В в лейкоцитах периферической крови или пятнах высушенной крови, молекулярно-генетическое исследование (выявление мутаций в гене ARSB)) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Назначено лечение галсульфазой (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.4.39.2. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (при наличии неврологической симптоматики)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога- ортопеда первичный (при наличии ортопедической патологии)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный (при наличии сердечно-сосудистой патологии)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение галсульфазой (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.4.40.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при нарушениях липидного обмена (коды по МКБ - 10: E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен биохимический анализ крови с определением уровня общего холестерина и холестерина липопротеидов невысокой плотности у лиц старше 40 лет	Да/Нет
2.	Выполнена оценка общего риска осложнений с использованием шкалы SCORE2 у всех взрослых лиц старше 40 лет, без анамнеза и без симптомов сердечно-сосудистых заболеваний, без сахарного диабета, без хронической болезни почек, без семейной гиперхолестеринемии, с уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности крови <4,9 ммоль/л	Да/Нет
3.	Выполнен сбор анамнеза о наличии ишемической болезни сердца, артериальной гипертонии, сахарного диабета, атеросклероза периферических артерий, семейной гиперхолестеринемии, метаболического синдрома, ожирения, хронического заболевания почек	Да/Нет
4.	Выполнено физикальное обследование для выявления кожных и сухожильных ксантом, ксантелазм и липоидной дуги роговицы	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование сонных и бедренных артерий, либо пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения исследования	Да/Нет
6.	Выполнено назначение лечения ингибитором ГМГ-КоА-редуктазы (статины) в дозовом режиме, достаточном для достижения целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности пациенту с установленным нарушением липидного обмена	Да/Нет
7.	Выполнено добавление к лечению алирокумаба или эволокумаба или инклисирана при отсутствии достижения у пациентов с очень высоким риском в течение 8±4 нед. лечения комбинацией максимально переносимой дозы ГМГ-КоА-редуктазы (статины) с эзетимибом целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности крови, либо пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения лечения	Да/Нет
8.	Выполнена постановка на диспансерное наблюдение врачом терапевтом при гиперхолестеринемии, на диспансерное наблюдение врачом-кардиологом при выраженной дислипидемии (общий холестерин сыворотки крови >8,0 ммоль/л и (или) при уровне холестерина липопротеидов низкой плотности крови >5,0 ммоль/л и (или) при уровне триглицеридов сыворотки крови >10 ммоль/л) и (или) при признаках непереносимости гиполипидемической терапии.	Да/Нет

2.4.40.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при нарушениях липидного обмена (коды по МКБ - 10: E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен биохимический анализ крови с определением уровня общего холестерина и холестерина липопротеидов невысокой плотности у лиц старше 40 лет	Да/Нет
2.	Выполнена оценка общего риска осложнений с использованием шкалы SCORE2 у всех взрослых лиц старше 40 лет, без анамнеза и без симптомов сердечно-сосудистых заболеваний, без сахарного диабета, без хронической болезни почек, без семейной гиперхолестеринемии, с уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности крови <4,9 ммоль/л	Да/Нет
3.	Выполнен сбор анамнеза о наличии ишемической болезни сердца, артериальной гипертонии, сахарного диабета, атеросклероза периферических артерий, семейной гиперхолестеринемии, метаболического синдрома, ожирения, хронического заболевания почек	Да/Нет
4.	Выполнено физикальное обследование для выявления кожных и сухожильных ксантом, ксантелазм и липоидной дуги роговицы	Да/Нет

5.	Выполнено ультразвуковое исследование сонных и бедренных артерий, либо пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения исследования	Да/Нет
6.	Выполнено лечение ингибитором ГМГ-КоА-редуктазы (статином) в дозовом режиме, достаточном для достижения целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности пациенту с установленным нарушением липидного обмена	Да/Нет
7.	Выполнено добавление к лечению алирокумаба или эволокумаба или инклисирана при отсутствии достижения у пациентов с очень высоким риском в течение 8±4 нед. лечения комбинацией максимально переносимой дозы ГМГ-КоА-редуктазы (статины) с эзетимибом целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности крови, либо пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения лечения	Да/Нет

2.4.41.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при острых порфириях (коды по МКБ - 10: E80.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнен физикальный осмотр	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови, развернутый с дифференцированным подсчетом лейкоцитов (лейкоцитарная формула)	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня натрия в крови, исследование уровня калия в крови) (пациентам с установленным диагнозом атаки острой порфирии)	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (при развитии неврологической симптоматики)	Да/Нет

2.4.41.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при острых порфириях (коды по МКБ - 10: E80.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнен физикальный осмотр	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня порфиринов и их производных в моче всем (пациентам с подозрением на атаку острой порфирии)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови, развернутый с дифференцированным подсчетом лейкоцитов (лейкоцитарная формула)	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня натрия в крови, исследование уровня калия в крови) (пациентам с установленным диагнозом атаки острой порфирии)	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (при развитии неврологической симптоматики)	Да/Нет
7.	Выполнено лечение гемином в/в 3 мг/кг (пациентам с зарегистрированной атакой острой порфирии) (1 раз в сутки в течение 4 дней) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение 10% раствором декстрозы (при невозможности проведения терапии гемином) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.4.42.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при нарушениях обмена меди (болезни Вильсона) (коды по МКБ - 10: E83.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня церулоплазмينا в крови (при установлении диагноза пациентам старше 1 года)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня меди в моче	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий билирубин, билирубин связанный (конъюгированный), холестерин, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза, креатинин, мочеви́на, общий белок, альбумин)	Да/Нет
5.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме, определение международного нормализованного отношения (МНО))	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
7.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	Да/Нет
8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Назначено лечение пеницилламином и/или цинка сульфатом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнено назначение элиминационной диеты (ЭД)	Да/Нет

2.4.42.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при нарушениях обмена меди (болезни Вильсона) (коды по МКБ - 10: E83.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня церулоплазмينا в крови (при установлении диагноза пациентам старше 1 года)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня меди в моче	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий билирубин, билирубин связанный (конъюгированный), холестерин, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза, креатинин, мочеви́на, общий белок, альбумин)	Да/Нет
5.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме, определение международного нормализованного отношения (МНО))	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
7.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга (при наличии неврологических симптомов)	Да/Нет
8.	Выполнено назначение элиминационной диеты (ЭД)	Да/Нет

2.4.43.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при нарушении обмена фосфора (гипофосфатазии) (коды по МКБ - 10: E83.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение активности щелочной фосфатазы (не менее 2 раз) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование (выявление мутаций в гене <i>ALPL</i>) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня общего кальция в крови	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня неорганического фосфора в крови	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Назначено лечение асфотазой альфа (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня паратиреоидного гормона в крови	Да/Нет

2.4.43.2 Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при нарушении обмена фосфора (гипофосфатазии) (коды по МКБ - 10: E83.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение активности щелочной фосфатазы в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня общего кальция в крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня неорганического фосфора в крови	Да/Нет
4.	Выполнено лечение асфотазой альфа (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня паратиреоидного гормона в крови	Да/Нет

2.4.44.1. 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 и не реже 1 раза в 12 месяцев у пациентов с панкреатической эластазой-1 более 200 мкг в г кала)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога или врача-диетолога	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога при обострении хронического синусита	Да/Нет
4.	Выполнено микробиологическое исследование посева флоры в мокроте (или фарингеальном мазке или индуцированной мокроте или трахеальном аспирате) не реже 1 раза в 3 месяца	Да/Нет
5.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков пациенту старше 5 (не реже 1 раза в 3 месяца) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено назначение патогенетической (таргетной) терапии ивакафтором и лумакафтором пациентам, гомозиготным по мутации F508del в гене CFTR	Да/Нет
7.	Выполнено лечение препаратом панкреатина в виде минимикросфер с кислотоустойчивой оболочкой (при снижении уровня панкреатической	Да/Нет

	эластазы-1 в кале менее 200 мкг в г кала, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
8.	Выполнено лечение муколитическими препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено лечение препаратами для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей: (селективные бета2-адреномиметики и/или антихолинергические) при наличии бронхиальной обструкции (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами в виде ингаляций через небулайзер и/или совместно с таблетированными и/или внутривенными формами (пациентам с обострением муковисцидозом или хронической грамотрицательной респираторной инфекцией и при выявлении новых патогенов (с учетом чувствительности выделенного микроорганизма, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнено назначение диетотерапии	Да/Нет
12.	Выполнено назначение диспансерного приема (осмотра, консультации) врача-пульмонолога или врача-терапевта или врача-педиатра или врача общей практики	Да/Нет

2.4.44.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при кистозном фиброзе (муковисцидозе) (коды по МКБ - 10: E84)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога или врача-диетолога	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога при обострении хронического синусита	Да/Нет
3.	Выполнено микробиологическое исследование посева флоры в мокроте (или фарингеальном мазке или индуцированной мокроте или трахеальном аспирате)	Да/Нет
4.	Выполнено назначение патогенетической (таргетной) терапии ивакафтором и лумакафтором пациентам, гомозиготным по мутации F508del в гене CFTR	Да/Нет
5.	Выполнено лечение препаратом панкреатина в виде минимикросфер с кислотоустойчивой оболочкой (при снижении уровня панкреатической эластазы-1 в кале менее 200 мкг в г кала, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение муколитическими препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено лечение препаратами для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей: (селективные бета2-адреномиметики и/или антихолинергические) при наличии бронхиальной обструкции (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами в виде ингаляций через небулайзер и/или совместно с таблетированными и/или внутривенными формами (пациентам с обострением муковисцидоза или хронической грамотрицательной респираторной инфекцией и при выявлении новых патогенов (с учетом чувствительности выделенного микроорганизма, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских	Да/Нет

	противопоказаний)	
9.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами внутривенно (не менее чем двумя) (при тяжелом обострении заболевания) с учетом чувствительности выделенного микроорганизма (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнено назначение диетотерапии	Да/Нет
11.	Выполнена кинезитерапия	Да/Нет

2.4.45.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при семейной средиземноморской лихорадке (Наследственном семейном амилоидозе) (код по МКБ-10: E85.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения (Да/Нет)
1	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный (с выполнением оценки эффективности и безопасности терапии)	Да/Нет
2	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога повторный (с оценкой эффективности и безопасности терапии не реже 1 раза в мес. после инициации/коррекции терапии и не реже одного раза в 3 мес. после достижения ремиссии заболевания, оценкой необходимости направления на внеплановую госпитализацию в ревматологическое отделение стационара, инициировавшего терапию генно-инженерным биологическим препаратом и/или иммунодепрессантом на любом этапе лечения при развитии обострения/осложнений, сопутствующих заболеваний, осложнений/побочных эффектов/стойкой непереносимости терапии и направлением на плановую госпитализацию в ревматологическое отделение стационара, инициировавшего терапию генно-инженерным биологическим препаратом и/или иммунодепрессантом через 3 и 6 мес. после назначения/коррекции терапии и далее каждые 6 мес. и с проведением дистанционной консультации с врачом–ревматологом стационара, инициировавшего назначение терапии, всем пациентам при развитии любых признаков неэффективности и/или непереносимости терапии)	Да/Нет
3	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (не реже 1 раза в 2-4 нед.)	Да/Нет
4	Выполнено исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование уровня билирубина свободного (неконъюгированного), исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня ферритина в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня мочевой кислоты, исследование уровня глюкозы в крови, исследование уровня натрия в крови, исследование уровня калия в крови, исследование уровня общего кальция, определение активности лактатдегидрогеназы, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови (не реже 1 раза в 2-4 нед.)	Да/Нет
5	Выполнено исследование уровня холестерина в крови пациентам, получающим глюкокортикоиды (не реже 1 раза в 2-4 недели)	Да/Нет
6	Выполнено исследование уровня железа сыворотки крови (пациентам со снижением уровня гемоглобина ниже референсного значения по данным общего (клинического) анализа крови развернутого)	Да/Нет
7	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (не реже 1 раза в 3 мес.)	Да/Нет
8	Выполнено определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК (пациентам, получающим ингибиторы ФНО-альфа, не реже 1 раза в 3 мес.)	Да/Нет

9	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (не реже 1 раза в мес.)	Да/Нет
10	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное), ультразвуковое исследование почек, (не реже 1 раза в 6 мес.)	Да/Нет
11	Выполнена регистрация электрокардиограммы (не реже 1 раза в 3 мес.)	Да/Нет
12	Выполнена эхокардиография (не реже 1 раза в 6 мес.)	Да/Нет
13	Выполнено ультразвуковое исследование сустава (при наличии болей в суставе и/или при деформации сустава, и/или при ограничении движения в суставе)	Да/Нет
14	Назначено лечение ибупрофеном или нимесулидом, или диклофенаком, или мелоксикамом при наличии лихорадки и/или болевого синдрома (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
15	Выполнено введение канакинумаба или анакинры, или тоцилизумаба, или адалимумаба, или этанерцепта (в соответствии с назначениями ревматологического стационара) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16	Выполнено лечение безвременника осеннего семян экстрактом/колхицином (в соответствии с назначениями ревматологического стационара) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17	Выполнено введение метотрексата или сульфасалазина (в соответствии с назначениями ревматологического стационара) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
18	Выполнено введение филграстима (пациентам при снижении уровня лейкоцитов с абсолютным числом нейтрофилов $<1,0 \times 10^9/\text{л}$) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
19	Выполнена очаговая проба с туберкулином или внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном (не реже 1 раза в 6 мес.)	Да/Нет
20	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (с проведением биомикроскопии глаза не позднее чем через 7 дней после выписки из стационара при наличии офтальмологической патологии)	Да/Нет
21	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога (с проведением биомикроскопии глаза, не реже 1 раза в 6 мес.)	Да/Нет
22	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный (пациентам с патологией ЛОР-органов, не позднее чем через 7 дней после выписки из стационара)	Да/Нет
23	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога (не реже 1 раза в 3 мес.)	Да/Нет
24	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный (при наличии положительной очаговой пробы с туберкулином и/или внутрикожной пробы с туберкулезным аллергеном, и/или с инфильтративными очагами в легких)	Да/Нет
25	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-нефролога первичный (пациентам с наличием протеинурии и/или гематурии)	Да/Нет
26	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный (пациентам, которым необходима санация очагов хронической инфекции и лечение острой инфекции ротовой полости)	Да/Нет

2.4.45.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при семейной средиземноморской лихорадке (Наследственном семейном амилоидозе) (код по МКБ-10: E85.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения (Да/Нет)
1	Выполнен ежедневный осмотр врачом-ревматологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара (с выполнением оценки эффективности и безопасности терапии, оценкой значения индекса AIDAI, оценкой по шкале FMF50 и с проведением дистанционной консультации с врачом-ревматологом стационара, инициировавшего назначение	Да/Нет

	терапии, всем пациентам при развитии любых признаков неэффективности и/или непереносимости терапии)	
2	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (не реже 1 раза в 7 дней)	Да/Нет
3	Выполнено исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование уровня билирубина свободного (неконъюгированного), исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня ферритина в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня мочевой кислоты, исследование уровня глюкозы в крови, исследование уровня натрия в крови, исследование уровня калия в крови, исследование уровня общего кальция, определение активности лактатдегидрогеназы, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, исследование уровня холестерина в крови, исследование уровня триглицеридов в крови (не реже 1 раза в 7 дней)	Да/Нет
4	Выполнено исследование уровня железа сыворотки крови (пациентам со снижением уровня гемоглобина ниже референсного значения по данным общего (клинического) анализа крови развернутого)	Да/Нет
5	Выполнено определение антистрептолизина-О в сыворотке крови (при установлении диагноза и далее при каждой госпитализации) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
6	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (не реже 1 раза в 7 дней)	Да/Нет
7	Выполнено определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме, определение тромбинового времени в крови, определение активированного частичного тромбопластинового времени, определение концентрации Д-димера в крови, определение активности антитромбина III в крови, исследование уровня растворимых фибринмономерных комплексов в крови, исследование активности и свойств фактора Виллебранда в крови, исследование уровня плазминогена, исследование уровня фибриногена в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии, и/или пациентам, получающим антитромботические средства) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
8	Выполнено исследование популяций лимфоцитов (при установлении диагноза и/или пациентам, часто болеющим вирусными, гнойными бактериальными инфекциями, в том числе оппортунистическими инфекциями) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
9	Выполнено определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК (при установлении диагноза и/или пациентам, получающим ингибиторы ФНО-альфа), определение содержания антител к РНК в крови, определение содержания ревматоидного фактора в крови, определение маркеров ANCA-ассоциированных васкулитов: PR3 (c-ANCA), МПО (p-ANCA), определение содержания антицентромерных антител в крови, определение содержания антител к циклическому цитрулиновому пептиду (анти-CCP) (при установлении диагноза) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
10	Выполнено исследование уровня прокальцитонина (при установлении диагноза и/или пациентам с лихорадкой, и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
11	Выполнено определение антигена HLA-B27 методом проточной цитофлуориметрии (при установлении диагноза)	Да/Нет
12	Выполнен комплекс исследований для диагностики криопирин-ассоциированных синдромов (выявлены варианты в гене MEFV)	Да/Нет
13	Выполнено исследование уровня иммуноглобулинов в крови (не применяется при	Да/Нет

	госпитализациях только для введения ГИБП)	
14	Выполнено определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein - Barr virus) методом ПЦР в периферической и пуповинной крови, количественное исследование, определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) методом ПЦР в периферической и пуповинной крови, количественное исследование, определение ДНК простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) методом ПЦР в крови, количественное исследование (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
15	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейна-Барра (Epstein - Barr virus) в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
16	Выполнено определение антител класса G (IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови, определение антител класса М (IgM) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
17	Выполнено определение антител к вирусу простого герпеса (Herpes simplex) (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
18	Выполнено определение антител к сальмонелле кишечной (Salmonella enterica) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза (Yersinia pseudotuberculosis) в крови, (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
19	Выполнено определение антител классов А, М, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии птичьей (Chlamydia psittaci) в крови; определение антител класса М (IgM) к хламидии трахоматис (Chlamydia trachomatis) в крови; определение антител класса G (IgG) к хламидии трахоматис (Chlamydia trachomatis) в крови; определение антител классов М, G (IgM, IgG) к микоплазме пневмонии (Mycoplasma pneumoniae) (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
20	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
21	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы, микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии, и/или пациентам с лихорадкой) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
22	Выполнено исследование уровня кальпротектина в кале (при установлении диагноза и при подозрении на воспалительное заболевание кишечника) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
23	Выполнен общий (клинический) анализ мочи, определение количества белка в суточной моче, определение альбумина в моче (не реже 1 раза в 7 дней) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
24	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное), ультразвуковое исследование почек (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
25	Выполнена регистрация электрокардиограммы (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
26	Выполнена эхокардиография (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет

27	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза и пациентам, получающим нестероидные противовоспалительные и/или глюкокортикоиды, и/или пациентам с диспепсическими явлениями)	Да/Нет
28	Выполнено ультразвуковое исследование сустава (при наличии болей в суставе и/или при деформации сустава, и/или при ограничении движения в суставе) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
29	Выполнена компьютерная томография сустава (при наличии болей в суставе и/или при деформации сустава, и/или при ограничении движения в суставе) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
30	Выполнена рентгенография височно-нижнечелюстного сустава и/или рентгенография локтевого сустава, и/или рентгенография лучезапястного сустава, и/или рентгенография коленного сустава, и/или рентгенография плечевого сустава, и/или рентгенография тазобедренного сустава, и/или рентгенография голеностопного сустава (при наличии артрита височно-нижнечелюстного сустава и/или артрита локтевого сустава, и/или артрита лучезапястного сустава, и/или артрита коленного сустава, и/или артрита плечевого сустава, и/или артрита тазобедренного сустава, и/или артрита голеностопного сустава и при невозможности выполнения компьютерной томографии сустава) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
31	Выполнена магнитно-резонансная томография сустава (один сустав) (при наличии болей в суставе и/или при деформации сустава, и/или при ограничении движения в суставе) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
32	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (не реже 1 раза в 6 мес.) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
33	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
34	Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием, магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
35	Выполнена колоноскопия (при установлении диагноза и/или пациентам с подозрением на воспалительное заболевание кишечника)	Да/Нет
36	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала толстой кишки (при проведении биопсии толстой кишки) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
37	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза или при подозрении на онкогематологическое заболевание)	Да/Нет
38	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костной ткани (пациентам с очагами деструкции в костях) (при установлении диагноза или при подозрении на онкологическое заболевание или остеомиелит)	Да/Нет
39	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла (пациентам с выраженным увеличением размеров периферических и/или внутригрудных, и/или внутрибрюшных лимфатических узлов) (при установлении диагноза или при подозрении на онкологическое/онкогематологическое/лимфопролиферативное заболевание)	Да/Нет
40	Выполнена пульс-терапия метилпреднизолоном (пациентам с фебрильной или гектической лихорадкой, и/или с серозитом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при	Да/Нет

	госпитализациях только для введения ГИБП)	
41	Выполнено лечение безвременника осеннего семян экстрактом/колхицином и/или канакинумабом, или анакинрой, или тоцилизумабом, или адалимумабом, или этанерцептом (при подтвержденном диагнозе, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
42	Выполнено лечение метотрексатом или сульфасалазином (у пациентов с активным артритом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
43	Выполнено лечение филграстимом (пациентам при снижении уровня лейкоцитов с абсолютным числом нейтрофилов $<1,0 \times 10^9/\text{л}$) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
44	Выполнено лечение памидроновой кислотой или алендроновой кислотой, или золедроновой кислотой, или ибандроновой кислотой (пациентам с вторичным остеопорозом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
45	Выполнена очаговая проба с туберкулином или внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном (не реже 1 раза в 6 мес.) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
46	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (с проведением биомикроскопии глаза) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
47	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный (при установлении диагноза и пациентам, которым необходима санация очагов хронической инфекции или лечение острой инфекции ЛОР органов, с проведением импедансометрии и тональной аудиометрии)	Да/Нет
48	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный (при наличии положительной очаговой пробы с туберкулином и/или внутрикожной пробы с туберкулезным аллергеном, и/или с инфильтративными очагами в легких) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
49	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - детского онколога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-гематолога первичный (пациентам, у которых по результатам обследования заподозрено/выявлено онкологическое/онкогематологическое/ лимфопролиферативное заболевание или метастатическое поражение)	Да/Нет

2.4.46.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при болезни Гоше (коды по МКБ - 10: E75.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное исследование	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и/или компьютерная томография органов брюшной полости	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
6.	Выполнено лечение ферментными препаратами (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнена оценка эффективности лечения (ферментными препаратами)	Да/Нет

2.4.46.2 Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезни Гоше (коды по МКБ - 10: E75.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное исследование	Да/Нет

3.	Выполнено исследование бета-глюкоцереброзидазы клеток крови и/или молекулярно-генетическая диагностика болезни Гоше (поиск мутаций в гене GBA) (Комплекс исследований для диагностики болезни Гоше) (при диагностике)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и/или компьютерная томография органов брюшной полости	Да/Нет
6.	Выполнена магнитно-резонансная томография костной ткани (одна область) (бедренных костей) и магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) (коленных и тазобедренных суставов) (при диагностике)	Да/Нет
7.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
8.	Выполнено лечение ферментными препаратами (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнена оценка эффективности лечения (ферментными препаратами)	Да/Нет

2.4.47.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при дефиците 3-гидрокси-3-метилглутарил-КоА лиазы (коды по МКБ - 10: E71.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено комплексное определение содержания органических кислот в моче	Да/Нет
2.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови методом тандемной масс-спектрометрии	Да/Нет
3.	Выполнено определение вариантов генов в образце биологического материала другом или неуточненном, неклассифицированные в других рубриках методом таргетного высокопроизводительного секвенирования (поиск биаллельных патогенных вариантов в гене HMGCL)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный и повторный	Да/Нет
5.	Назначена диетотерапия	Да/Нет
6.	Назначено лечение левокарнитином при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний	Да/Нет

2.4.47.2 Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дефиците 3-гидрокси-3-метилглутарил-КоА лиазы (коды по МКБ - 10: E71.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Назначена диетотерапия	Да/Нет
2.	Выполнено лечение левокарнитином при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний	Да/Нет

2.4.48.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при других сфинголипидозах (болезни Гоше) (коды по МКБ - 10: E75.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение активности β -D-глюкозидазы в крови (Комплекс исследований для диагностики болезни Гоше) при постановке диагноза	Да/Нет
2.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование — выявление мутаций гена GBA (Комплекс исследований для диагностики болезни Гоше) при постановке диагноза	Да/Нет
3.	Выполнено назначение пожизненной ферментной заместительной терапии (ФЗТ) пациентам с подтвержденным диагнозом БГ 1 типа без поражения нервной системы и пациентам с хроническим поражением нервной системы (БГ 3 тип), у которых имеются клинически значимые неврологические проявления заболевания	Да/Нет

4.	Выполнена МРТ печени и селезенки (Магнитно-резонансная томография органов брюшной полости) и/или ультразвуковое исследование (УЗИ) (Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное))	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (исследование уровня общего гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов в крови, дифференциальный подсчет лейкоцитов (лейкоцитарная формула), определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах (MCH — mean corpuscular hemoglobin), определение размеров эритроцитов (MCV — mean corpuscular volume), исследование скорости оседания эритроцитов)	Да/Нет

2.4.48.2 Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при других сфинголипидозах (болезни Гоше) (коды по МКБ - 10: E75.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена МРТ печени и селезенки (Магнитно-резонансная томография органов брюшной полости) и/или ультразвуковое исследование (УЗИ) (Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное))	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (исследование уровня общего гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов в крови, дифференциальный подсчет лейкоцитов (лейкоцитарная формула), определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах (MCH — mean corpuscular hemoglobin), определение размеров эритроцитов (MCV — mean corpuscular volume), исследование скорости оседания эритроцитов)	Да/Нет

2.4.49.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при недостаточности 3-метилкротонил-КоА карбоксилазы (3-метилкротонилглицинурии, метилкротонил КоА карбоксилазной недостаточности) (коды по МКБ - 10: E71.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено комплексное определение содержания органических кислот в моче	Да/Нет
2.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови методом tandemной масс-спектрометрии	Да/Нет
3.	Выполнено определение вариантов генов в образце биологического материала другом или неуточненном, неклассифицированные в других рубриках, методом таргетного высокопроизводительного секвенирования (молекулярно-генетическое исследование генов MCCC1 и MCCC2)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный и повторный	Да/Нет
5.	Выполнено назначение диетотерапии	Да/Нет
6.	Назначено лечение A16AA01 левокарнитином в дозировке 50-200 мг/кг/сутки пациентам с НМКК, имеющим недостаток свободного карнитина	Да/Нет

2.4.49.2 Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при недостаточности 3-метилкротонил-КоА карбоксилазы (3-метилкротонилглицинурии, метилкротонил КоА карбоксилазной недостаточности) (коды по МКБ - 10: E71.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено назначение диетотерапии	Да/Нет

2.4.50.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при недостаточности митохондриальной ацетоацетил-КоА-тиолазы (дефиците бета-кетотиолазы, дефиците T2) (коды по МКБ - 10: E71.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено комплексное определение содержания органических кислот в моче	Да/Нет
2.	Выполнено комплексное определение концентрации на аминокислоты и ацилкарнитины в крови методом тандемной масс-спектрометрии	Да/Нет
3.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене ACAT1 (Комплекс исследований для диагностики органических ацидурий) при установлении диагноза	Да/Нет
4.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене ACAT1 (Комплекс исследований для диагностики органических ацидурий) при установлении диагноза	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня глюкозы, аммиака, молочной кислоты в крови	Да/Нет

2.4.51.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при амиодарон-индуцированной дисфункции щитовидной железы (коды по МКБ - 10: E03.2, E05.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровней ТТГ и сТ4 в сыворотке крови пациенту при подозрении на амиодарон- индуцированный гипотиреоз	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровней ТТГ, сТ4, сТ3 в сыворотке крови и определение содержания антител к рТТГ в крови пациенту при подозрении на амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз	Да/Нет
3.	Выполнена скintiграфия ЩЖ с диагностическими радиофармацевтическими средствами Натрия йодид [131I] или Натрия йодид [123I] или Натрия пертехнетат [99mTc] или дуплексное сканирование сосудов ЩЖ в сочетании с ЦДК пациенту с АиТ при наличии одного или нескольких узлов в ЩЖ, размером 1,5 см и больше	Да/Нет
4.	Выполнено дуплексное исследование сосудов щитовидной железы в сочетании с ЦДК (при дифференциальной диагностике АиТ1 и АиТ2)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение левотироксином натрия (H03AA01) пациенту с манифестным АиТ	Да/Нет
6.	Выполнено лечение препаратами, блокирующими синтез тиреоидных гормонов, анти тиреоидными препаратами: (Тиамазол или H03BA02, Пропилтиоурацил), пациенту с АиТ1	Да/Нет
7.	Выполнено лечение преднизолоном (H02AB06) пациенту с АиТ2	Да/Нет
8.	Выполнено лечение комбинацией анти тиреоидных препаратов (H03BB02, Тиамазол или H03BA02, Пропилтиоурацил) и глюкокортикоидов (преднизолон (H02AB06) пациенту со смешанным вариантом АиТ	Да/Нет

2.4.51.2 Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при амиодарон-индуцированной дисфункции щитовидной железы (коды по МКБ - 10: E03.2, E05.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровней ТТГ и сТ4 в сыворотке крови пациенту при подозрении на амиодарон- индуцированный гипотиреоз	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровней ТТГ, сТ4, сТ3 в сыворотке крови и определение содержания антител к рТТГ в крови пациенту при подозрении на амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз	Да/Нет
3.	Выполнена скintiграфия ЩЖ с диагностическими радиофармацевтическими средствами Натрия йодид [131I] или Натрия йодид [123I] или Натрия пертехнетат	Да/Нет

	[99mTc] или дуплексное сканирование сосудов ЩЖ в сочетании с ЦДК пациенту с АиТ при наличии одного или нескольких узлов в ЩЖ, размером 1,5 см и больше	
4.	Выполнено дуплексное исследование сосудов щитовидной железы в сочетании с ЦДК (при дифференциальной диагностике АиТ1 и АиТ2)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение левотироксином натрия (H03AA01) пациенту с манифестным АиТ	Да/Нет
6.	Выполнено лечение препаратами, блокирующими синтез тиреоидных гормонов, антитиреоидными препаратами: (Тиамазол или H03BA02, Пропилтиоурацил), пациенту с АиТ1	Да/Нет
7.	Выполнено лечение преднизолоном (H02AB06) пациенту с АиТ2	Да/Нет
8.	Выполнено лечение комбинацией антитиреоидных препаратов (H03BB02, Тиамазол или H03BA02, Пропилтиоурацил) и глюкокортикоидов (преднизолон (H02AB06) пациенту со смешанным вариантом АиТ	Да/Нет
9.	Выполнена тиреоидэктомия (при прогрессировании сердечно-сосудистой патологии, АиТ, резистентному к медикаментозной терапии, при наличии побочных эффектов основной терапии)	Да/Нет

2.5. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ И РАССТРОЙСТВАХ ПОВЕДЕНИЯ

2.5.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при когнитивных расстройствах у пациентов пожилого и старческого возраста (коды по МКБ - 10: F00-F03, F06.7, G30-G31, I67-I69)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-гериатром и/или осмотр врачом-неврологом и/или осмотр врачом-психиатром	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и/или при необходимости корректировки терапии)	Да/Нет
5.	Выполнено определение уровня витамина В12 (цианокобаламин) в крови (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и/или при необходимости корректировки терапии)	Да/Нет
6.	Выполнено клиничко-психологическое нейропсихологическое обследование	Да/Нет
7.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга и/или компьютерная томография головного мозга (при установлении диагноза) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
8.	Выполнен клиничко-психологический тренинг	Да/Нет
9.	Выполнены индивидуальные занятия лечебной физкультурой при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга и/или групповые занятия лечебной физкультурой при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	Да/Нет
10.	Выполнено лечение мемантином и/или донепезилом или ривастигнином или галантамином (при наличии деменции) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.5.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при когнитивных расстройствах у пациентов пожилого и старческого возраста (коды по МКБ - 10: F00-F03, F06.7, G30-G31, I67-I69)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-гериатром и/или осмотр врачом-неврологом и/или осмотр	Да/Нет

	врачом-психиатром	
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и/или при необходимости корректировки терапии)	Да/Нет
5.	Выполнено определение уровня витамина В12 (цианокобаламин) в крови (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и/или при необходимости корректировки терапии)	Да/Нет
6.	Выполнено клиничко-психологическое нейропсихологическое обследование	Да/Нет
7.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга и/или компьютерная томография головного мозга (при установлении диагноза) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
8.	Выполнен клиничко-психологический тренинг	Да/Нет
9.	Выполнены индивидуальные занятия лечебной физкультурой при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга и/или групповые занятия лечебной физкультурой при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	Да/Нет
10.	Выполнено лечение мемантином и/или донепезилом или ривастигнином или галантамином (при наличии деменции) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.5.2.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при делирии, не обусловленном алкоголем и другими психоактивными веществами, у лиц пожилого и старческого возраста (коды по МКБ - 10: F05)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена диагностика делирия клиничко-психопатологическим методом согласно критериям МКБ-10	Да/Нет
2.	Выполнена оценка соматического статуса	Да/Нет
3.	Выполнена оценка неврологического статуса	Да/Нет

2.5.2.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при делирии, не обусловленном алкоголем и другими психоактивными веществами, у лиц пожилого и старческого возраста (коды по МКБ - 10: F05)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена диагностика делирия клиничко-психопатологическим методом согласно критериям МКБ-10	Да/Нет
2.	Выполнена оценка соматического статуса	Да/Нет
3.	Выполнена оценка неврологического статуса	Да/Нет
4.	Выполнены общий (клинический) и биохимический анализ крови, исследование уровня мочевины и креатинина в крови, калия, натрия, с-реактивного белка, общий анализ мочи.	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня свободного тироксина и тиреотропного гормона сыворотки крови	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня АЛТ, АСТ и общего билирубина в крови	Да/Нет
8.	Выполнена МРТ или КТ головного мозга при указании на предшествующую делирию черепно-мозговую травму, при впервые выявленной очаговой неврологической симптоматике, при общемозговых симптомах и лихорадке	Да/Нет

	неясного генеза.	
9.	Выполнено лечение первичного заболевания, вызвавшего делирий	Да/Нет
10.	Выполнено купирование психомоторного возбуждения с помощью антипсихотических средств атипичного ряда при наличии показаний, а при невозможности купирования препаратами атипичного ряда выполнено купирования галоперидолом при наличии показаний.	Да/Нет

2.5.4.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ, пагубном (с вредными последствиями) употреблении (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 осмотр врачом психиатром-наркологом	Да/Нет
2.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтрансфераза)	Да/Нет
4.	Выполнено клиничко-психологическое психодиагностическое обследование	Да/Нет
5.	Выполнено количественное определение одной группы психоактивных веществ, в том числе наркотических средства и психотропных веществ, их метаболитов в моче иммунохимическим методом при первичном скрининге мочи на содержание психоактивных веществ (ПАВ)	Да/Нет
6.	Выполнено мотивационное интервью	Да/Нет

2.5.5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ, абстинентном состоянии (синдроме отмены) с делирием (коды по МКБ - 10: F10.4, F11.4, F13.4, F19.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен первичный прием (осмотр, консультация) врачом психиатром-наркологом и/или врачом анестезиологом-реаниматологом и/или врачом психиатром (при подозрении на синдром отмены с делирием) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено круглосуточное наблюдение за пациентом и лечебно-охранительный режим	Да/Нет
3.	Выполнено лечение производными бензодиазепина и тиаминном не позднее 2 часов с момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, гамма-глутамилтрансфераза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, общий белок, мочевины, креатинин, глюкоза)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови (кровь цельная венозная) и уровня электролитов (исследование уровня хлоридов в крови; исследование уровня калия в крови; исследование уровня натрия в крови в крови)	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
8.	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	Да/Нет

	делирием, указанной в диагностических критериях МКБ-10 (F1x.4, F05.)	
9.	Выполнена регистрация электрокардиограммы не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
10.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога с установлением факта купирования симптоматики синдрома отмены с делирием, указанной в диагностических критериях МКБ-10 (F1x.4, F05.)	Да/Нет

2.5.7.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при шизофрении (коды по МКБ - 10: F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный с психопатологическим обследованием	Да/Нет
2.	Выполнено назначение антипсихотических средств (в качестве купирующей или поддерживающей и профилактической терапии, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено назначение антихолинергических средств (при развитии экстрапирамидных побочных симптомов, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена социально-реабилитационная работа и/или психотерапия, и/или групповая психообразовательная работа с больными с психическими расстройствами и расстройствами поведения, и/или групповая психообразовательная работа с родственниками больного с психическим расстройством и расстройством поведения, и/или клинико-социальная трудотерапия	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра повторный с проведением оценки эффективности лечения	Да/Нет

2.5.7.2. 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, F20.8, F20.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен ежедневный осмотр врача-психиатра с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара с оценкой эффективности курса терапии	Да/Нет
2.	Выполнен общий клинический анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
6.	Выполнено лечение антипсихотическими средствами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено лечение антихолинергическими средствами (при развитии экстрапирамидных побочных симптомов в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнена социально-реабилитационная работа и/или психотерапия, и/или групповая психообразовательная работа с больными с психическими расстройствами и расстройствами поведения, и/или клинико-социальная трудотерапия	Да/Нет

2.5.8.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при шизофрении (коды по МКБ - 10: F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского первичный, включая сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет

2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня пролактина в крови всем детям с диагностированной шизофренией, получающих лечение антипсихотиками, влияющими на уровень пролактина в крови не реже 1 раза в 3 месяца	Да/Нет
4.	Выполнено клинико-психологическое консультирование	Да/Нет
5.	Назначено лечение антипсихотиками первого или второго поколения с целью купирования психотической симптоматики	Да/Нет
6.	Выполнена индивидуальная и/или групповая когнитивноповеденческая психотерапия (КПТ)	Да/Нет
7.	Выполнен клинико-психологический тренинг (тренинг когнитивных способностей, тренинг социальных навыков)	Да/Нет
8.	Выполнена групповая психообразовательная работа с больными с психическими расстройствами и расстройствами поведения и их родственниками	Да/Нет
9.	Выполнена школа психосоциальной адаптации для больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения и их родственников	Да/Нет
10.	Выполнена оценка эффективности лечения	Да/Нет

2.5.8.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при шизофрении (коды по МКБ - 10: F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня пролактина в крови всем детям с диагностированной шизофренией, получающих лечение антипсихотиками, влияющими на уровень пролактина в крови не реже 1 раза в 3 месяца	Да/Нет
3.	Выполнено клинико-психологическое консультирование	Да/Нет
4.	Выполнено лечение антипсихотиками первого или второго поколения с целью купирования психотической симптоматики	Да/Нет
5.	Выполнена индивидуальная и/или групповая когнитивноповеденческая психотерапия (КПТ)	Да/Нет
6.	Выполнен клинико-психологический тренинг (тренинг когнитивных способностей, тренинг социальных навыков)	Да/Нет
7.	Выполнена групповая психообразовательная работа с больными с психическими расстройствами и расстройствами поведения и их родственниками	Да/Нет
8.	Выполнена школа психосоциальной адаптации для больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения и их родственников	Да/Нет
9.	Выполнена оценка эффективности лечения	Да/Нет

2.5.10.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной 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) врача-психиатра с выполнением клинико-психопатологического обследования, включая сбор анамнеза и оценку опасности для себя и/или окружающих (с частотой в соответствии с группой диспансерного наблюдения)	Да/Нет

2.	Выполнено назначение антипсихотических средств и/или препаратов нормотимического действия и/или препаратов лития (в качестве купирующей или поддерживающей и профилактической терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с психическими расстройствами	Да/Нет
4.	Выполнена оценка эффективности лечения	Да/Нет

2.5.10.2. 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) врача-психиатра с выполнением клинико-психопатологического обследования (включая сбор анамнеза и оценку опасности для себя и/или окружающих)	Да/Нет
2.	Выполнен общий клинический анализ крови (не реже, чем 1 раз в месяц)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический (не реже, чем 1 раз в месяц)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови (не реже, чем 1 раз в месяц)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (не реже, чем 1 раз в месяц)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение антипсихотическими средствами и/или препаратами нормотимического действия и/или препаратами лития (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с психическими расстройствами	Да/Нет
8.	Выполнена оценка эффективности лечения	Да/Нет

2.5.11.1 Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при депрессивном эпизоде, рекуррентном депрессивном расстройстве (коды по МКБ - 10: F32, F33)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный с психопатологическим обследованием и оценкой риска суицидального поведения	Да/Нет
2.	Выполнено назначение антидепрессантов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнена смена терапии при отсутствии эффекта (терапевтической резистентности).	Да/Нет
4.	Выполнена социально-реабилитационная работа и/или психотерапия, и/или групповая психообразовательная работа с больными с психическими расстройствами и расстройствами поведения, и/или групповая психообразовательная работа с родственниками больного с психическим расстройством и расстройством поведения	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра повторный с проведением оценки эффективности лечения	Да/Нет

2.5.11.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым депрессивном эпизоде, рекуррентном депрессивном расстройстве (коды по МКБ - 10: F32, F33)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-психиатром с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара с оценкой эффективности курса терапии	Да/Нет
2.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет

3.	Выполнено лечение антидепрессантами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена смена терапии при отсутствии эффекта (терапевтической резистентности).	Да/Нет
5.	Выполнена социально-реабилитационная работа и/или психотерапия, и/или групповая психообразовательная работа с больными с психическими расстройствами и расстройствами поведения, и/или групповая психообразовательная работа с родственниками больного с психическим расстройством и расстройством поведения	Да/Нет

2.5.12.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при тревожно-фобических расстройствах (коды по МКБ - 10: F40)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра / врача-психотерапевта первичный с проведением развернутого клинико-психопатологического обследования (включая сбор анамнеза, оценку суицидального риска, выраженность фобических проявлений и ограничительного поведения)	Да/Нет
2.	Выполнено экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование (при установлении диагноза).	Да/Нет
3.	Выполнено назначение антидепрессантов и/или анксиолитиков (в качестве купирующей или поддерживающей и профилактической терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена смена терапии при отсутствии эффекта (терапевтической резистентности) или непереносимости терапии	Да/Нет
5.	Выполнена индивидуальная и / или групповая психотерапия, социально-реабилитационная работа	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра / врача психотерапевта повторный с проведением оценки эффективности лечения	Да/Нет

2.5.12.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым тревожно-фобических расстройствах (коды по МКБ - 10: F40)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врачом-психиатром / врачом-психотерапевтом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара с оценкой эффективности курса терапии	Да/Нет
2.	Выполнено экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование (при установлении диагноза).	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
4.	Выполнено лечение антидепрессантами и/или анксиолитиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена смена терапии при отсутствии эффекта (терапевтической резистентности) или непереносимости терапии	Да/Нет
6.	Выполнена индивидуальная и / или групповая психотерапия, социально-реабилитационная работа	Да/Нет
7.	Выполнена оценка эффективности и безопасности продолжения противорецидивной амбулаторной терапии.	Да/Нет

2.5.13.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной 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 / врача-психотерапевта первичный с проведением развернутого клинико-психопатологического обследования (включая сбор анамнеза, оценку суицидального риска, выраженность панических атак и ограничительного поведения)	Да/Нет
2.	Выполнено экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено индивидуальное клинико-психологическое консультирование	Да/Нет
4.	Назначена психофармакотерапия (антидепрессанты (СИОЗС / венлафаксин / производные бензодиазепина) при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена смена терапии при отсутствии эффективности или непереносимости терапии.	Да/Нет
6.	Выполнена индивидуальная и / или групповая психотерапия, социально-реабилитационная работа.	Да/Нет
7.	Выполнена оценка эффективности и безопасности продолжения противорецидивной амбулаторной терапии.	Да/Нет

2.5.13.2. 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 / врача-психотерапевта первичный с проведением развернутого клинико-психопатологического обследования (включая сбор анамнеза, оценку суицидального риска, выраженность панических атак и ограничительного поведения)	Да/Нет
2.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-психиатром / врачом-психотерапевтом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара с оценкой эффективности курса терапии	Да/Нет
3.	Выполнено лабораторное обследование, включая общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, анализ мочи общий, исследование уровня общего трийодтиронина (Т3) сыворотки крови, уровня свободного трийодтиронина сыворотки крови (Т3), уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови, уровня свободного тироксина сыворотки (Т4) крови, уровня тиреотропного гормона в крови, определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови, антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови, антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови, антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) и определение веса и индекса массы тела)	Да/Нет
4.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
5.	Выполнена электроэнцефалография	Да/Нет
6.	Выполнено экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено индивидуальное клинико-психологическое консультирование	Да/Нет
8.	Выполнена психофармакотерапия (антидепрессанты (СИОЗС / венлафаксин / производные бензодиазепина), при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнена смена терапии при отсутствии эффективности или непереносимости терапии.	Да/Нет
10.	Выполнена индивидуальная и / или групповая психотерапия, социально-реабилитационная работа.	Да/Нет
11.	Выполнена оценка эффективности и безопасности продолжения противорецидивной амбулаторной терапии.	Да/Нет

2.5.14.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной 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 /врача-психотерапевта первичный с проведением развернутого клинико-психопатологического обследования (включая сбор анамнеза, оценку суицидального риска, выраженность панических атак и ограничительного поведения)	Да/Нет
2.	Выполнено экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
4.	Назначено лечение антидепрессантами и/или анксиолитиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена индивидуальная и / или групповая психотерапия, социально-реабилитационная работа.	Да/Нет
6.	Выполнена оценка эффективности и безопасности продолжения противорецидивной амбулаторной терапии.	Да/Нет

2.5.14.2. 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 /врача-психотерапевта первичный с проведением развернутого клинико-психопатологического обследования (включая сбор анамнеза, оценку суицидального риска, выраженность панических атак и ограничительного поведения)	Да/Нет
2.	Выполнено экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено индивидуальное клинико-психологическое консультирование	Да/Нет
4.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
5.	Выполнено лечение антидепрессантами и/или анксиолитиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена смена терапии при отсутствии эффекта или непереносимости терапии	Да/Нет
7.	Выполнена индивидуальная и / или групповая психотерапия, социально-реабилитационная работа.	Да/Нет
8.	Выполнена оценка эффективности и безопасности продолжения противорецидивной амбулаторной терапии.	Да/Нет

2.5.15.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной 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) врача-психиатра с выполнением клинико-психопатологического обследования, включая сбор анамнеза и оценку суицидального риска	Да/Нет
2.	Выполнено экспериментально-психологическое обследование	Да/Нет
3.	Выполнено назначение антидепрессантов и/или психотерапии (в качестве купирующей или поддерживающей и профилактической терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена коррекция терапии в случае отсутствия или недостаточной выраженности эффекта терапии первого выбора (наличие терапевтической резистентности)	Да/Нет
5.	Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с психическими расстройствами	Да/Нет

6.	Выполнена оценка эффективности лечения	Да/Нет

2.5.15.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым 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) врача-психиатра с выполнением клинико-психопатологического обследования, включая сбор анамнеза и оценку суицидального риска	Да/Нет
2.	Выполнено клиническое обследование, позволяющее исключить сопутствующую соматическую патологию и другие факторы риска (общий (клинический) анализ крови, биохимический анализ крови для оценки функции щитовидной железы, нарушений липидного обмена, уровня глюкозы крови (не реже, чем 1 раз в месяц))	Да/Нет
3.	Выполнена электрокардиография (не реже, чем 1 раз в месяц)	Да/Нет
4.	Выполнено экспериментально-психологическое обследование	Да/Нет
5.	Выполнено лечение антидепрессантами и/или выполнена психотерапия (в качестве купирующей или поддерживающей и профилактической терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена коррекция терапии в случае отсутствия или недостаточной выраженности эффекта терапии первого выбора (наличие терапевтической резистентности)	Да/Нет
7.	Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с психическими расстройствами	Да/Нет
8.	Выполнена оценка эффективности лечения	Да/Нет

2.5.16.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при посттравматическом стрессовом расстройстве (коды по МКБ - 10: F43.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено клиническое обследование (собраны клинико-анамнестические, клинико психопатологические данные), установлено соответствии диагностическим критериям ПТСР по МКБ-10	Да/Нет
2.	Выполнено экспериментально психологическое обследование	Да/Нет
3.	Выполнены общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, анализ мочи общий, исследование уровня общего трийодтиронина (Т3) сыворотки крови, уровня свободного трийодтиронина сыворотки (Т3), уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови, уровня свободного тироксина сыворотки (Т4) крови, уровня тиреотропного гормона в крови	Да/Нет
4.	Выполнена оценка наличия коморбидной психической патологии	Да/Нет
5.	Выполнена оценка наличия коморбидной соматической патологии	Да/Нет
6.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
7.	Выполнена оценка наличия риска суицидального поведения	Да/Нет
8.	Выполнена оценка наличия социальной поддержки	Да/Нет
9.	Назначено лечение селективными ингибиторами обратного захвата серотонина или венлафоксином	Да/Нет
10.	Выполнен анализ эффективности и переносимости назначенной терапии (на 7-14 28 день и далее ежемесячно)	Да/Нет
11.	Выполнена смена терапии при отсутствии эффективности или непереносимости терапии	Да/Нет
12.	Выполнена психотерапевтическая коррекция состояния	Да/Нет

2.5.16.2. Критерии оценки качества специализированной помощи взрослым при посттравматическом стрессовом расстройстве (коды по МКБ - 10: F43.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено клиническое обследование (собраны клиничко-анамнестические, клиничко психопатологические данные), установлено соответствии диагностическим критериям ПТСР по МКБ-10	Да/Нет
2.	Выполнено экспериментально психологическое обследование	Да/Нет
3.	Выполнены общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, анализ мочи общий, исследование уровня общего трийодтиронина (Т3) сыворотки крови, уровня свободного трийодтиронина сыворотки (Т3), уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови, уровня свободного тироксина сыворотки (Т4) крови, уровня тиреотропного гормона в крови	Да/Нет
4.	Выполнена оценка наличия коморбидной психической патологии	Да/Нет
5.	Выполнена оценка наличия коморбидной соматической патологии	Да/Нет
6.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
7.	Выполнена оценка наличия риска суицидального поведения	Да/Нет
8.	Выполнена оценка наличия социальной поддержки	Да/Нет
9.	Выполнен анализ эффективности и переносимости назначенной терапии (на 7-14 28 день и далее ежемесячно)	Да/Нет
10.	Выполнена смена терапии при отсутствии эффективности или непереносимости терапии	Да/Нет
11.	Выполнена психотерапевтическая коррекция состояния	Да/Нет

2.5.17.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при эректильной дисфункции (коды по МКБ - 10: F52.2, N48.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено анкетирование по опроснику МИЭФ-5	Да/Нет
2.	Выполнено определение уровня глюкозы в крови	Да/Нет
3.	Выполнено определение уровня общего холестерина в крови	Да/Нет
4.	Выполнено определение уровня общего тестостерона в крови	Да/Нет
5.	Выполнено назначение рекомендации по изменению образа жизни перед началом медикаментозного лечения	Да/Нет

2.5.17.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при эректильной дисфункции (коды по МКБ - 10: F52.2, N48.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено анкетирование по опроснику МИЭФ-5	Да/Нет
2.	Выполнено определение уровня глюкозы в крови	Да/Нет
3.	Выполнено определение уровня общего холестерина в крови	Да/Нет
4.	Выполнено определение уровня общего тестостерона в крови	Да/Нет
5.	Выполнено назначение рекомендации по изменению образа жизни перед началом медикаментозного лечения	Да/Нет
6.	Выполнено назначение ингибиторов ФДЭ-5 в качестве первой линии терапии ЭД	Да/Нет

2.5.19.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при умственной отсталости у взрослых (коды по МКБ - 10: F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9)

№	Критерии оценки качества	Оценка

п/п		выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный	Да/Нет
2.	Выполнено патопсихологическое-экспериментальное-психологическое (психодиагностическое) исследование с использованием общепринятого психологического инструментария (тест Векслера, тест Равена)	Да/Нет
3.	Выполнена социально-реабилитационная работа	Да/Нет

2.5.19.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при умственной отсталости у взрослых (коды по МКБ - 10: F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный	Да/Нет
2.	Выполнено патопсихологическое-экспериментальное-психологическое (психодиагностическое) исследование с использованием общепринятого психологического инструментария (тест Векслера, тест Равена)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение антипсихотическими средствами (при наличии психомоторного возбуждения, самоповреждающего и импульсивного поведения и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена социально-реабилитационная работа	Да/Нет

2.5.20.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при умственной отсталости (коды по МКБ - 10: F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) детского врача-психиатра первичный всем детям с задержкой психического развития и подозрением на диагноз «умственная отсталость»	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультацию) врача-педиатра первичный	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный пациентам с выраженными аномалиями и/или пороками развития, множественными стигмами дизэмбриогенеза, так же если у родителей ребенка имелись дети с наследственной и/или хромосомной патологией, или же хотя бы один из родителей ранее подвергался воздействию мутагенных вредностей (химических, радиационных)	Да/Нет
5.	Выполнено психологическое исследование с использованием теста Векслера, теста Равена, теста Стэнфорд-Бине) при направлении на медико-психолого-педагогическую комиссию, на медико-социальную экспертизу, на военно-врачебную комиссию (подростки)	Да/Нет

2.5.20.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при умственной отсталости (коды по МКБ - 10: F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультацию) врача-педиатра первичный	Да/Нет

2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	Да/Нет
3.	Выполнено психологическое исследование с использованием теста Векслера, теста Равена, теста Стэнфорд-Бине) при направлении на медико-психолого-педагогическую комиссию, на медико-социальную экспертизу, на военно-врачебную комиссию (подростки)	Да/Нет

2.5.21.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при специфических расстройствах развития речи у детей (коды по МКБ - 10: F80.0, F80.1, F80.2, F80.88)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен скрининг (анкетирование на выявление расстройств речи и использование опросника М-СНАТ-R/F) в рамках осмотра врача-педиатра для выявления риска возникновения нарушений психического развития, в т.ч. уровня речевого развития, всех детей в возрасте двух лет	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского или врача- психиатра детского участкового всем детям из группы риска по специфическим расстройствам речевого развития	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) медицинского психолога (нейропсихолога) детям, с установленным диагнозом СРРР (дисфазия развития) при подозрении на задержку психического развития и/или отдельные когнитивные нарушения и/или эмоционально-поведенческие особенности, влияющие на речь и/или семейно-педагогические условия (включая детско-родительские отношения), влияющие на речь	Да/Нет
4.	Выполнена консультация врача-сурдолога-оториноларинголога или консультация врача-оториноларинголога (при подозрении на нарушения слуха)	Да/Нет
5.	Выполнены медико-логопедические процедуры	Да/Нет
6.	Выполнены медико-логопедические тонально-ритмические процедуры детям, имеющим нарушения слоговой структуры	Да/Нет
7.	Выполнены нейропсихологические процедуры детям, имеющим рецептивные (импрессивные) нарушения речи, нарушения гнозиса и праксиса	Да/Нет
8.	Выполнено обучение родителей доступным приемам развивающей работы с ребенком в домашних условиях с целью отработки речевых, познавательных навыков и развития коммуникативных компетенций в объеме, назначенном логопедом/психологом	Да/Нет

2.5.21.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при специфических расстройствах развития речи у детей (коды по МКБ - 10: F80.0, F80.1, F80.2, F80.88)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено углубленное медико-логопедическое обследование	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) медицинского психолога (нейропсихолога) детям, с установленным диагнозом СРРР (дисфазия развития) при подозрении на задержку психического развития и/или отдельные когнитивные нарушения и/или эмоционально-поведенческие	Да/Нет

	особенности, влияющие на речь и/или семейно-педагогические условия (включая детско-родительские отношения), влияющие на речь	
4.	Выполнена оценка психомоторного развития и состояния интеллектуальной сферы детей со специфическими расстройствами речевого развития (дисфазия развития) методикой Leiter-3 или методикой MPR или методикой Е. А. Стребелевой	Да/Нет
5.	Выполнена консультация врача-сурдолога-оториноларинголога или консультация врача-оториноларинголога (при подозрении на нарушения слуха)	Да/Нет
6.	Выполнены медико-логопедические процедуры	Да/Нет
7.	Выполнены медико-логопедические тонально-ритмические процедуры детям, имеющим нарушения слоговой структуры	Да/Нет
8.	Выполнены нейропсихологические процедуры детям, имеющим рецептивные (импрессивные) нарушения речи, нарушения гнозиса и праксиса	Да/Нет
9.	Выполнено обучение родителей доступным приемам развивающей работы с ребенком в домашних условиях с целью отработки речевых, познавательных навыков и развития коммуникативных компетенций в объеме, назначенном логопедом/психологом	Да/Нет

2.5.22.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при расстройствах 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 скрининг с использованием опросника М-CHAT-R/F всем пациентам в возрасте от 16 до 30 месяцев для выявления риска РАС	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра при подозрении на РАС (риске РАС) пациенту	Да/Нет
3.	Выполнено диспансерное наблюдение врачом-детским психиатром или врачом-психиатром подростковым	Да/Нет
4.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-психиатра не реже 1 раза в год	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского психиатра или врача-психиатра подросткового и сбор анамнеза	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-педиатра (или врача-педиатра участкового)	Да/Нет
7.	Выполнена консультация врача-генетика для выявления либо исключения наследственных заболеваний обмена веществ	Да/Нет
8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога	Да/Нет
9.	Выполнено психообразование (семейное клинико-психологическое консультирование) родителей или законных представителей пациента с целью информирования о заболевании, особенностях течения, лечения и абилитации, а также с целью психологической поддержки семьи	Да/Нет

2.5.22.1. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при расстройствах 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-детского психиатра или врача-психиатра подросткового и сбор анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-педиатра (или врача-педиатра участкового)	Да/Нет

3.	Выполнена консультация врача-генетика для выявления либо исключения наследственных заболеваний обмена веществ	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога	Да/Нет
5.	Выполнено психообразование (семейное клинико-психологическое консультирование) родителей или законных представителей пациента с целью информирования о заболевании, особенностях течения, лечения и реабилитации, а также с целью психологической поддержки семьи	Да/Нет

2.5.23.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением табака (никотина). Синдроме зависимости от табака, синдроме отмены табака у взрослых (коды по МКБ - 10: F17.2, F17.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение степени выраженности зависимости от никотина с использованием теста Фагерстрема	Да/Нет
2.	Выполнен расчет индекса курения	Да/Нет
3.	Выполнен тест на определение степени мотивации к отказу от табака (опросник Прохаска)	Да/Нет
4.	Выполнено определение содержания угарного газа (монооксида углерода) в выдыхаемом воздухе с помощью газоанализатора	Да/Нет
5.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (при наличии жалоб на кашель, одышку и выделение мокроты)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение лекарственными препаратами, применяемыми при лечении никотиновой зависимости	Да/Нет
7.	Выполнено лечение анксиолитиками при наличии симптомов отмены никотина	Да/Нет
8.	Выполнена короткая беседа (краткое консультирование)	Да/Нет
9.	Выполнено мотивационное консультирование (для пациентов со слабой мотивацией к отказу от табака (никотина))	Да/Нет
10.	Выполнено лечение отхаркивающими и/или муколитическими препаратами при кашле	Да/Нет

2.5.23.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением табака (никотина). Синдроме зависимости от табака, синдроме отмены табака у взрослых (коды по МКБ - 10: F17.2, F17.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение степени выраженности зависимости от никотина с использованием теста Фагерстрема	Да/Нет
2.	Выполнен расчет индекса курения	Да/Нет
3.	Выполнен тест на определение степени мотивации к отказу от табака (опросник Прохаска)	Да/Нет
4.	Выполнено определение содержания угарного газа (монооксида углерода) в выдыхаемом воздухе с помощью газоанализатора	Да/Нет
5.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (при наличии жалоб на кашель, одышку и выделение мокроты)	Да/Нет

2.5.24.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ синдроме зависимости от психоактивных веществ (кроме алкоголя и никотина) (коды по МКБ - 10: F11.2, F12.2, F13.2, F14.2, F15.2, F16.2, F18.2, F19.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом психиатром-наркологом	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня общего белка в крови, определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня билирубина свободного (неконъюгированного) в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня глюкозы в крови, исследование уровня холестерина в крови, исследование уровня холестерина липопротеинов высокой плотности крови, исследование уровня липопротеинов низкой плотности крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня креатинина в крови)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы; расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	Да/Нет
6.	Выполнено мотивационное интервью с целью включения пациента в реабилитационную программу	Да/Нет

2.5.25.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ синдроме отмены психоактивных веществ (абстинентное состояние, вызванное употреблением психоактивных веществ) (кроме алкоголя и никотина) (коды по МКБ - 10: F11.3, F12.3, F13.3, F14.3, F15.3, F16.3, F18.3, F19.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом психиатром-наркологом	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня общего белка в крови, определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня билирубина свободного (неконъюгированного) в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня глюкозы в крови, исследование уровня холестерина в крови, исследование уровня холестерина липопротеинов высокой плотности крови, исследование уровня липопротеинов низкой плотности крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня креатинина в крови)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы; расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	Да/Нет
6.	Выполнено лечение лекарственными препаратами группы «производные бензодиазепина» (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.5.26.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при специфических расстройствах 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.	Выполнено назначение консультации врача-невролога при указании в анамнезе на органические вредности (травмы головы, нейроинфекции)	Да/Нет
4.	Выполнено назначение анксиолитиков и/или антипсихотических средств и/или антидепрессантов (в зависимости от показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено назначение индивидуальной или групповой психотерапии.	Да/Нет

2.5.26.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при специфических расстройствах 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.	Выполнено назначение консультации врача-невролога при указании в анамнезе на органические вредности (травмы головы, нейроинфекции)	Да/Нет
4.	Выполнено лечение анксиолитиками и/или антипсихотическими средствами и/или антидепрессантами (в зависимости от показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена индивидуальная или групповая психотерапия.	Да/Нет

2.5.27.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением алкоголя. Синдроме отмены алкоголя (алкогольное абстинентное состояние) (коды по МКБ - 10: F10.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом психиатром-наркологом	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня общего белка в крови, определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня билирубина свободного (неконъюгированного) в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня глюкозы в крови, исследование уровня холестерина в крови, исследование уровня холестерина липопротеинов высокой плотности крови, исследование уровня липопротеинов низкой плотности крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня креатинина в крови)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы; расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	Да/Нет

6.	Выполнено лечение лекарственными препаратами группы «производные бензодиазепина» (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено лечение тиаминотом с целью профилактики развития энцефалопатии Гайе-Вернике (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение лекарственными препаратами группы растворы, влияющие на водно-электролитный баланс (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.5.28.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ [алкоголя, каннабиноидов, седативных и снотворных веществ, кокаина, других стимуляторов (кроме кофеина), галлюциногенов и нескольких психоактивных веществ] Психотическом расстройстве (коды по МКБ - 10: F10.5, F12.5, F13.5, F14.5, F15.5, F16.5, F19.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом психиатром-наркологом	Да/Нет
2.	Выполнено проведение судебно-химической и химико-токсикологической экспертизы (исследования) содержания в крови, моче и внутренних органах алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ, отравляющих веществ, лекарственных средств с использованием метода тонкослойной хроматографии (ТСХ) или высокоэффективной жидкостной хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием (ВЭЖХ МС) или газовой хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием (ГХ МС).	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня общего билирубина в крови, определение активности гамма-глутамилтрансфераза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня мочевины, исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня глюкозы в крови)	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
7.	Выполнено лечение лекарственными препаратами группы «антипсихотические препараты» (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение психомоторного возбуждения лекарственными препаратами группы «анксиолитики» (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.5.29.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ [алкоголя, опиоидов, каннабиноидов, седативных и снотворных веществ, кокаина, других стимуляторов (кроме кофеина), летучих растворителей, никотина, галлюциногенов и нескольких психоактивных веществ]. Острой интоксикации (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 осмотр врачом психиатром-наркологом и/или осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом	Да/Нет
2.	Выполнено мониторирование показателей жизненно важных функций (дыхание, артериальное давление, частота сердечных сокращений, диурез)	Да/Нет
3.	Выполнено восстановление проходимости дыхательных путей и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет

4.	Выполнено лечение лекарственными препаратами группы «анксиолитики» (при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня этанола в выдыхаемом воздухе или исследование уровня этанола в слюне или исследование уровня этанола в крови или определение других психоактивных веществ в моче или определение других психоактивных веществ в слюне или определение других психоактивных веществ в крови	Да/Нет
6.	Выполнена регистрация электрокардиограммы не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, гаммаглутамилтрансфераза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий белок, мочевины, креатинин, глюкоза, натрий, калий)	Да/Нет
8.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
9.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
10.	Выполнено лечение лекарственными препаратами группы «антидоты» («опиоидных рецепторов антагонистов» при интоксикации опиоидами или «бензодиазепинов антагонистом» при интоксикации бензодиазепинами) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнена дезинтоксикационная терапия лекарственными препаратами группы «Адсорбирующие кишечные препараты» (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Выполнено лечение 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
13.	Выполнена дезинтоксикационная терапия препаратами группы «растворы, влияющие на водно-электролитный баланс» (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.5.30.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением алкоголя Синдроме зависимости от алкоголя (коды по МКБ - 10: F10.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога первичный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня общего белка в крови, определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня билирубина свободного (неконъюгированного) в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня глюкозы в крови, исследование уровня холестерина в крови, исследование уровня холестерина липопротеинов высокой плотности крови, исследование уровня липопротеинов низкой плотности крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня креатинина в крови)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы; расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	Да/Нет
6.	Выполнено лечение дисульфирамом или налтрексоном	Да/Нет

2.6. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ БОЛЕЗНЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

2.6.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при 5q-ассоциированной спинальной мышечной атрофии (коды по МКБ - 10: G12.0, G12.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнен приём (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен приём (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный	Да/Нет
4.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование делеций 7-го/ или 8-го экзонов гена SMN1 (спинальная амиотрофия) в крови	Да/Нет
5.	Выполнено определение числа копий гена SMN2	Да/Нет
6.	Выполнено исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы	Да/Нет
7.	Назначено лечение ризидипамом или нусинерсеном (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.6.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при 5q-ассоциированной спинальной мышечной атрофии (коды по МКБ - 10: G12.0, G12.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный и/или приём (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный	Да/Нет
2.	Выполнено исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы	Да/Нет

2.6.2.1. 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-невролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнен приём (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по паллиативной медицинской помощи первичный (при необходимости в паллиативной помощи)	Да/Нет
4.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование делеций 7-го/ или 8-го экзонов гена SMN1 (спинальная амиотрофия) в крови	Да/Нет
5.	Выполнено определение числа копий гена SMN2	Да/Нет
6.	Назначено лечение онасемногена абепаровеком или нусинерсеном, или ризидипамом (в качестве патогенетической терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.6.2.2. 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-травматолога-ортопеда первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный	Да/Нет
2.	Выполнено лечение онасемногеном абепарвовексом или нусинерсеном, или ридипламом (в качестве патогенетической терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.6.3.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при болезни Паркинсона, вторичном паркинсонизме и других заболеваниях, проявляющихся синдромом паркинсонизма (коды по МКБ - 10: G20, G21.1, G21.2, G21.4, G23.1- G23.3, G23.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови, общий (клинический) анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический всем пациентам при наличии коморбидных заболеваний, которые могут влиять на течение заболевания и/или режим терапии	Да/Нет
2.	Выполнен неврологический осмотр с оценкой двигательных нарушений по шкале Хен - Яра	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография или магнитно-резонансная томография головного мозга для исключения структурных изменений при атипичной клинической картине заболевания	Да/Нет

2.6.3.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезни Паркинсона, вторичном паркинсонизме и других заболеваниях, проявляющихся синдромом паркинсонизма (коды по МКБ - 10: G20, G21.1, G21.2, G21.4, G23.1- G23.3, G23.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови, общий (клинический) анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический всем пациентам при наличии коморбидных заболеваний, которые могут влиять на течение заболевания и/или режим терапии	Да/Нет
2.	Выполнен неврологический осмотр с оценкой двигательных нарушений по шкале Хен - Яра	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография или магнитно-резонансная томография головного мозга для исключения структурных изменений при атипичной клинической картине заболевания	Да/Нет

2.6.4.1. 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.	Выполнена оценка насильственных движений различных частей тела в покое и при физической нагрузке	Да/Нет
2.	Выполнена оценка наличия/степени выраженности немоторных симптомов дистонии (боль, эмоциональные нарушения, расстройства сна)	Да/Нет
3.	Назначено лечение ботулиническим токсином типа А или ботулиническим токсином типа А– гемагглютинин комплекс пациентам с идиопатической	Да/Нет

	цервикальной дистонией, блефароспазмом, спастической аддукторной дисфонией, гемифациальным спазмом, писчим спазмом	

2.6.4.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской 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.	Выполнена оценка насильственных движений различных частей тела в покое и при физической нагрузке	Да/Нет
2.	Выполнена оценка наличия/степени выраженности немоторных симптомов дистонии (боль, эмоциональные нарушения, расстройства сна)	Да/Нет

2.6.5.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при рассеянном склерозе (код по МКБ-10: G35.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено проведение магнитно-резонансной томографии головного мозга с контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена магнитно-резонансная томография спинного мозга с внутривенным контрастированием (шейный отдел) пациентам с подозрением на РС и наличием клинических симптомов поражения спинного мозга или радиологических признаков поражения головного мозга	Да/Нет
3.	Выполнена постановка на диспансерное наблюдение с осмотром неврологом не реже чем 1 раз в 6 месяцев	Да/Нет

2.6.5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при рассеянном склерозе (код по МКБ-10: G35.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено использование критериев МакДональда (редакция 2017) для подтверждения диагноза в дебюте заболевания	Да/Нет
2.	Выполнено использование Шкалы функциональных систем по Куртцке и Расширенной шкалы инвалидизации (EDSS) при проведении неврологического осмотра	Да/Нет
3.	Выполнено проведение магнитно-резонансной томографии головного мозга с контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография спинного мозга с внутривенным контрастированием (шейный отдел) пациентам с подозрением на РС и наличием клинических симптомов поражения спинного мозга или радиологических признаков поражения головного мозга	Да/Нет
5.	Выполнено лечение глюкокортикоидами в высоких дозах при обострении рассеянного склероза	Да/Нет
6.	Выполнен высокообъемный плазмаферез для терапии обострения рассеянного склероза в случае неэффективности курса терапии глюкокортикоидами	Да/Нет

2.6.6.2. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при эпилепсии и эпилептическом статусе у взрослых и детей (коды по МКБ-10: G40.0-G40.9, G41.0, G41.1, G41.2, G41.8, G41.9, G83.8, F80.3, R56.0, R56.8, P90)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения

1.	Выполнены общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена электроэнцефалография с функциональными пробами пациентам, впервые в жизни перенесшим неспровоцированный эпилептический приступ	Да/Нет
3.	Выполнена электроэнцефалография пациентам с эпилепсией для оценки эффективности лечения	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга впервые в жизни перенесшим неспровоцированный эпилептический приступ для выявления возможной причины заболевания	Да/Нет
5.	Выполнена постановка на диспансерное наблюдение врачом-неврологом	Да/Нет

2.6.6.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при эпилепсии и эпилептическом статусе у взрослых и детей (коды по МКБ-10: G40.0-G40.9, G41.0, G41.1, G41.2, G41.8, G41.9, G83.8, F80.3, R56.0, R56.8, P90)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнены общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена электроэнцефалография с функциональными пробами пациентам, впервые в жизни перенесшим неспровоцированный эпилептический приступ	Да/Нет
3.	Выполнена электроэнцефалография пациентам с эпилепсией для оценки эффективности лечения	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга впервые в жизни перенесшим неспровоцированный эпилептический приступ для выявления возможной причины заболевания	Да/Нет

2.6.7.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при мигрени (коды по МКБ - 10: G43, G43.0, G43.1, G43.2, G43.3, G43.8, G43.9, G44.0, G44.1, G44.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача- невролога первичный или прием (осмотр, консультация) врача- невролога повторный	Да/Нет
2.	Выполнены общий (клинический) анализ крови, комплекс исследований для оценки общевоспалительных реакций, коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)) при атипичной клинической картине мигрени, имеющей хотя бы одинстораживающий симптом, указывающий на наличие другого заболевания, которое может быть причиной головной боли и/или осложнениях мигрени (симптомы опасности)	Да/Нет
3.	Назначено лечение метоклопрамидом в дозе 10 - 20 мг внутрь или домперидоном 10 мг 3 раза в сутки внутрь при приступах мигрени с тошнотой и/или рвотой	Да/Нет
4.	Назначено профилактическое лечение топираматом или ботулиническим токсином типа А - гемагглютинин комплекс или антагонистами пептидов, связанных с геном кальцитонина мигрени пациентам, у которых мигрень сочетается с лекарственно-индуцированной головной болью	Да/Нет

2.6.7.1. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при мигрени (коды по МКБ - 10: G43, G43.0, G43.1, G43.2, G43.3, G43.8, G43.9, G44.0, G44.1, G44.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения

1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача- невролога первичный или прием (осмотр, консультация) врача- невролога повторный	Да/Нет
2.	Выполнены общий (клинический) анализ крови, комплекс исследований для оценки общевоспалительных реакций, коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)) при атипичной клинической картине мигрени, имеющей хотя бы одинстораживающий симптом, указывающий на наличие другого заболевания, которое может быть причиной головной боли и/или осложнениях мигрени (симптомы опасности)	Да/Нет

2.6.8.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при головной боли напряжения (ГБН) (коды по МКБ - 10: G44, G44.2, G44.3, G44.4, G44.8, G90.8)

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

2.6.8.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при головной боли напряжения (ГБН) (коды по МКБ - 10: G44, G44.2, G44.3, G44.4, G44.8, G90.8)

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

2.6.9.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при ишемическом инсульте и транзиторной ишемической атаке (коды по МКБ - 10: I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67.6, G45.0, G45.1, G45.2, G45.3, G45.4, G45.8, G45.9, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено направление на консультацию к сосудистому хирургу или нейрохирургу или к рентгенэндоваскулярному хирургу при выявлении стеноза сонной артерии более 50% по критериям NASCET или более 75% по критериям ESCT	Да/Нет
2.	Выполнена постановка на диспансерное наблюдение	Да/Нет

2.6.9.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ишемическом инсульте и транзиторной ишемической атаке (коды по МКБ - 10: I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67.6, G45.0, G45.1, G45.2, G45.3, G45.4, G45.8, G45.9, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8)

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

2.6.10.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при мононевропатиях (коды по МКБ-10: G54.0, G54.2, G54.8, G54.9, G56, G56.0, G56.1, G56.2, G56.3, G56.8, G56.9, G57.0, G57.2, G57.3, G57.4, G57.6, G58.8, G58.9, G59.8)

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

2.6.10.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при мононевропатиях (коды по МКБ-10: G54.0, G54.2, G54.8, G54.9, G56, G56.0, G56.1, G56.2, G56.3, G56.8, G56.9, G57.0, G57.2, G57.3, G57.4, G57.6, G58.8, G58.9, G59.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена стимуляционная электронейромиография моторных и/или сенсорных волокон пораженного нерва для уточнения локализации, характера и степени поражения, и/или игольчатая электромиография мышц, иннервируемых моторными волокнами пораженного нерва, а также мышц, иннервируемых соседними нервами	Да/Нет

2.6.11.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при других воспалительных полинейропатиях (хронической воспалительной демиелинизирующей полирадикулонейропатии) (коды по МКБ - 10: G61.8, G61.9, G62.8, G62.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (с оценкой показаний к экстренной или неотложной госпитализации)	Да/Нет
3.	Назначен прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре и/или осмотр (консультация) врача-физиотерапевта (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.6.11.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при других воспалительных полинейропатиях (хронической воспалительной демиелинизирующей полирадикулонейропатии) (коды по МКБ - 10: G61.8, G61.9, G62.8, G62.9)

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

2.6.12.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна. Прогрессирующей мышечной дистрофии Беккера (коды по МКБ - 10: G71.0)

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

2.6.12.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна. Прогрессирующей мышечной дистрофии Беккера (коды по МКБ - 10: G71.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение активности креатинкиназы крови	Да/Нет

2.	Выполнено лечение преднизолоном (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено назначение аталурена (пациентам с мышечной дистрофией Дюшенна старше 2-х лет при выявлении нонсенс-мутации, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнен патронаж выездной патронажной бригадой отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям (при необходимости в паллиативной медицинской помощи)	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный и/или приём (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога первичный	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре	Да/Нет

2.6.13.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при синдроме дефицита Glut1 (коды по МКБ - 10: G40.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение вариантов генов в образце биологического материала другом или неуточненным неклассифицированными в других рубриках методом секвенирования по Сенгеру и/или методом множественной лиганд-зависимой амплификации зондов (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный и повторный	Да/Нет
4.	Выполнена электроэнцефалография	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-педиатра/врача-терапевта/врача общей практики первичный	Да/Нет

2.6.13.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при синдроме дефицита Glut1 (коды по МКБ - 10: G40.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня глюкозы в спинномозговой жидкости с параллельным исследованием уровня глюкозы в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный и повторный	Да/Нет

2.6.14.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при головной боли напряжения (коды по МКБ - 10: G44, G44.2, G44.3, G44.8, G90.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование неврологического статуса (при подозрении на вторичную головную боль при органической патологии центральной	Да/Нет

	нервной системы и/или при обнаружении одного или более «сигналов опасности»)	
2.	Выполнены общий (клинический) анализ крови и комплекс исследований для оценки общевоспалительных реакций и коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) при атипичной клинической картине головной боли, имеющей хотя бы одинстораживающий симптом, указывающий на наличие другого заболевания, которое может быть причиной головной боли, и/или при выявлении одного или более «сигналов опасности»	Да/Нет
3.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга или компьютерная томография головного мозга при атипичной клинической картине головной боли напряжения или при выявлении одного или более «сигналов опасности» с целью исключения симптоматического характера головной боли (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
4.	Выполнена офтальмоскопия для исключения застойных явлений на глазном дне при головной боли у детей	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный при подозрении на симптоматическую природу головной боли (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
6.	Выполнено предоставление рекомендаций по необходимости модификации образа жизни и по исключению провоцирующих факторов головной боли, и по применению нефармакологических методов, направленных на повышение адаптационных возможностей ЦНС и уменьшение выраженности мышечно-тонического синдрома для профилактики ГБН	Да/Нет
7.	Назначено лечение парацетамолом или ибупрофеном для купирования приступов умеренной и выраженной интенсивности у детей с нечастыми эпизодическими и частыми эпизодическими ГБН, но не превышающими частоту двух раз в неделю	Да/Нет
8.	Назначена профилактическая терапия у детей с частой эпизодической и хронической формами ГБН с целью уменьшения частоты дней с ГБ в месяц	Да/Нет

2.6.14.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при головной боли напряжения (коды по МКБ - 10: G44, G44.2, G44.3, G44.8, G90.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена клиническая диагностика, основанная на специфических клинических проявлениях головной боли напряжения и соответствии клинической картины заболевания диагностическим критериям последней версией Международной классификации головной и лицевой боли (МКГБ-3)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование неврологического статуса (при подозрении на вторичную головную боль при органической патологии центральной нервной системы и/или при обнаружении одного или более «сигналов опасности»)	Да/Нет
3.	Выполнены общий (клинический) анализ крови и комплекс исследований для оценки общевоспалительных реакций и коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) при атипичной клинической картине головной боли, имеющей хотя бы одинстораживающий симптом, указывающий на наличие другого заболевания, которое может быть причиной головной боли, и/или при	Да/Нет

	выявлении одного или более «сигналов опасности»	
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга или компьютерная томография головного мозга при атипичной клинической картине головной боли напряжения или при выявлении одного или более «сигналов опасности» с целью исключения симптоматического характера головной боли (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный при подозрении на симптоматическую природу головной боли (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
6.	Выполнено предоставление рекомендаций по необходимости модификации образа жизни и по исключению провоцирующих факторов головной боли, и по применению нефармакологических методов, направленных на повышение адаптационных возможностей ЦНС и уменьшение выраженности мышечно-тонического синдрома для профилактики ГБН	Да/Нет

2.6.15.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при мигрени (коды по МКБ - 10: G43.0, G43.1, G43.2, G43.3, G43.8, G43.9, G44.0, G44.1, G44.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза, жалоб и исследование неврологического статуса с целью исключения органической неврологической симптоматики и возможной симптоматической природы головной боли	Да/Нет
2.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга или компьютерная томография головного мозга (при подозрении на вторичную головную боль при органической патологии центральной нервной системы и/или при обнаружении одного или более «сигналов опасности»)	Да/Нет
3.	Выполнена офтальмоскопия для исключения застойных явлений на глазном дне при головной боли	Да/Нет
4.	Назначено лечение нестероидными противовоспалительными препаратами (ибупрофен, парацетамол) для купирования эпизодических приступов мигрени умеренной и выраженной интенсивности	Да/Нет
5.	Выполнена рекомендация по применению немедикаментозных методов лечения мигрени, таких как: соблюдение режима сна, регулярная оздоровительная спортивная нагрузка, соблюдение режима питания, достаточный объем выпиваемой жидкости, исключение пищевых провокаторов, проведение поведенческой терапии и психотерапевтической коррекции (когнитивно-поведенческая терапия, методики биологической обратной связи, релаксационные методы)	Да/Нет
6.	Назначена профилактическая терапия одним из классов препаратов: бета-адреноблокаторы (пропранолол) или противоэпилептические препараты (вальпроевая кислота, топирамат, леветирацетам) или неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов (амитриптилин) или препараты для устранения головокружения (циннаризин) при частой эпизодической и хронической мигрени	Да/Нет

2.6.15.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при мигрени (коды по МКБ - 10: G43.0, G43.1, G43.2, G43.3, G43.8, G43.9, G44.0, G44.1, G44.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения

1.	Выполнен сбор анамнеза, жалоб и исследование неврологического статуса с целью исключения органической неврологической симптоматики и возможной симптоматической природы головной боли	Да/Нет
2.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга или компьютерная томография головного мозга (при подозрении на вторичную головную боль при органической патологии центральной нервной системы и/или при обнаружении одного или более «сигналов опасности»)	Да/Нет
3.	Выполнена офтальмоскопия для исключения застойных явлений на глазном дне при головной боли	Да/Нет

2.6.16.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при краниальных мононейропатиях у взрослых (коды по МКБ - 10: G50.0, G50.1, G50.8, G50.9, G51.0, G51.1, G51.2, G51.3, G51.4, G51.8, G51.9, G52.0, G52.1, G52.2, G52.3, G52.7, G52.8, G52.9, G53.0, G90.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога с оценкой жевательных мышц и чувствительных нарушений в области лица (пациентам с тригеминальной невралгией)	Да/Нет
2.	Выполнен прием врача-стоматолога (пациентам с тригеминальной невралгией)	Да/Нет
3.	Выполнен прием оториноларинголога (пациентам с тригеминальной невралгией)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога с оценкой жевательных мышц и чувствительных нарушений в области лица (пациентам с атипичной лицевой болью)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование общего (клинического) анализа крови развернутого (пациентам с атипичной лицевой болью)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование анализа крови биохимического общетерапевтического, включая исследование уровня глюкозы в крови натощак (пациентам с атипичной лицевой болью)	Да/Нет
7.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога с оценкой жевательных мышц и чувствительных нарушений в области лица, а также пальпация поверхностной височной артерии (пациентам с другими поражениями тройничного нерва, поражением тройничного нерва неуточненным)	Да/Нет
8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога (пациентам с другими поражениями тройничного нерва, поражением тройничного нерва неуточненным)	Да/Нет
9.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога с оценкой критериев тригеминальной автономной вегетативной цефалгии по МКГБ-3 (пациентам с тригеминальными автономными вегетативными цефалгиями)	Да/Нет
10.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога с оценкой по шкале Хауса-Брэкманна (пациентам с нейропатией лицевого нерва)	Да/Нет
11.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога (пациентам с нейропатией лицевого нерва)	Да/Нет
12.	Выполнено исследование общего (клинического) анализа крови развернутого (пациентам с нейропатией лицевого нерва)	Да/Нет
13.	Выполнено исследование анализа крови биохимического общетерапевтического, включая исследование уровня глюкозы в крови натощак (пациентам с нейропатией лицевого нерва)	Да/Нет
14.	Назначено лечение преднизолоном (код АТХ – H02AB06) 60 мг в сутки или из расчёта 1 мг/кг веса пациента в сутки, или метилпреднизолоном пациенту с идиопатической формой нейропатии лицевого нерва при обращении в первые 3 суток от дебюта заболевания (код АТХ – H02AB04) (при отсутствии медицинских	Да/Нет

	противопоказаний) (пациентам с нейропатией лицевого нерва)	
15.	Назначены мероприятия медицинской реабилитации (фиксация положения мышц, комплекс лечебной физкультуры для самостоятельных занятий дома) (пациентам с нейропатией лицевого нерва)	Да/Нет
16.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога с регистрацией непроизвольных движений – спазма мышц (пациентам с гемифациальным спазмом)	Да/Нет
17.	Выполнено исследование общего (клинического) анализа крови развернутого (пациентам с гемифациальным спазмом)	Да/Нет
18.	Выполнено исследование анализа крови биохимического общетерапевтического, включая исследование уровня глюкозы в крови натощак (пациентам с гемифациальным спазмом)	Да/Нет

2.6.16.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при краниальных мононейропатиях у взрослых (коды по МКБ - 10: G50.0, G50.1, G50.8, G50.9, G51.0, G51.1, G51.2, G51.3, G51.4, G51.8, G51.9, G52.0, G52.1, G52.2, G52.3, G52.7, G52.8, G52.9, G53.0, G90.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога с оценкой жевательных мышц и чувствительных нарушений в области лица (пациентам с тригеминальной невралгией)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога с оценкой жевательных мышц и чувствительных нарушений в области лица (пациентам с атипичной лицевой болью)	Да/Нет
3.	Выполнен прием врача-стоматолога (пациентам с атипичной лицевой болью)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование общего (клинического) анализа крови развернутого (пациентам с атипичной лицевой болью)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование анализа крови биохимического общетерапевтического, включая исследование уровня глюкозы в крови натощак (пациентам с атипичной лицевой болью)	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога с оценкой жевательных мышц и чувствительных нарушений в области лица, а также пальпация поверхностной височной артерии (пациентам с другими поражениями тройничного нерва, поражением тройничного нерва неуточненным)	Да/Нет
7.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога с оценкой критериев тригеминальной автономной вегетативной цефалгии по МКГБ-3 (пациентам с тригеминальными автономными вегетативными цефалгиями)	Да/Нет
8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога с оценкой по шкале Хауса-Брэкманна (пациентам с нейропатией лицевого нерва)	Да/Нет
9.	Выполнено исследование общего (клинического) анализа крови развернутого (пациентам с нейропатией лицевого нерва)	Да/Нет
10.	Выполнено исследование анализа крови биохимического общетерапевтического, включая исследование уровня глюкозы в крови натощак (пациентам с нейропатией лицевого нерва)	Да/Нет
11.	Выполнено лечение преднизолоном (код АТХ – Н02АВ06) 60 мг в сутки или из расчёта 1 мг/кг веса пациента в сутки, или метилпреднизолоном (код АТХ – Н02АВ04) пациенту с идиопатической формой нейропатии лицевого нерва при обращении в первые 3 суток от дебюта заболевания (при отсутствии медицинских противопоказаний) (пациентам с нейропатией лицевого нерва)	Да/Нет
12.	Выполнены мероприятия медицинской реабилитации (фиксация положения мышц, комплекс лечебной физкультуры для самостоятельных занятий дома) (пациентам с нейропатией лицевого нерва)	Да/Нет
13.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога с регистрацией	Да/Нет

	непроизвольных движений – спазма мышц (пациентам с гемифациальным спазмом)	
14.	Выполнено исследование общего (клинического) анализа крови развернутого (пациентам с гемифациальным спазмом)	Да/Нет
15.	Выполнено исследование анализа крови биохимического общетерапевтического, включая исследование уровня глюкозы в крови натощак (пациентам с гемифациальным спазмом)	Да/Нет

2.6.17.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хронической воспалительной демиелинизирующей полирадикулонейропатии (коды по МКБ - 10: G61.8, G61.9, G62.8, G62.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена электронейромиография (ЭНМГ) стимуляционная периферических нервов и выполнено сопоставление результатов ЭНМГ с электродиагностическими критериями EAN/PNS, 2021 г.	Да/Нет
2.	Выполнена лечебная физкультура при заболеваниях центральной нервной системы	Да/Нет

2.6.17.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хронической воспалительной демиелинизирующей полирадикулонейропатии (коды по МКБ - 10: G61.8, G61.9, G62.8, G62.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ спинномозговой жидкости	Да/Нет
2.	Выполнена электронейромиография (ЭНМГ) стимуляционная периферических нервов и выполнено сопоставление результатов ЭНМГ с электродиагностическими критериями EAN/PNS, 2021 г.	Да/Нет
3.	Выполнена высокодозная внутривенная иммунотерапия препаратами иммуноглобулина человека нормального с содержанием иммуноглобулина класса G в качестве патогенетической терапии 1 линии не менее 95% в стартовой курсовой дозе 2 г/кг/курс или высокодозная терапия глюкокортикоидами	Да/Нет
4.	Выполнен высокообъемный терапевтический плазмаферез с объемом удаленной плазмы не менее 140мл/кг/курс при неэффективности внутривенной иммунотерапии или высокодозная терапия глюкокортикоидами	Да/Нет
5.	Выполнена лечебная физкультура при заболеваниях центральной нервной системы	Да/Нет

2.6.18.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при рассеянном склерозе (код по МКБ-10: G35.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено проведение магнитно-резонансной томографии головного мозга с контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена магнитно-резонансная томография спинного мозга с внутривенным контрастированием (шейный отдел) пациентам с подозрением на РС и наличием клинических симптомов поражения спинного мозга или радиологических признаков поражения головного мозга	Да/Нет
3.	Выполнена постановка на диспансерное наблюдение с осмотром неврологом не реже чем 1 раз в 6 месяцев	Да/Нет

2.6.18.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при рассеянном склерозе (код по МКБ-10: G35.0)

№	Критерии оценки качества	Оценка

п/п		выполнения
1.	Выполнено использование критериев МакДональда (редакция 2017) для подтверждения диагноза в дебюте заболевания	Да/Нет
2.	Выполнено использование Шкалы функциональных систем по Куртцке и Расширенной шкалы инвалидизации (EDSS) при проведении неврологического осмотра	Да/Нет
3.	Выполнено проведение магнитно-резонансной томографии головного мозга с контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография спинного мозга с внутривенным контрастированием (шейный отдел) пациентам с подозрением на РС и наличием клинических симптомов поражения спинного мозга или радиологических признаков поражения головного мозга	Да/Нет
5.	Выполнено лечение глюкокортикоидами в высоких дозах при обострении рассеянного склероза	Да/Нет
6.	Выполнен высокообъемный плазмаферез для терапии обострения рассеянного склероза в случае неэффективности курса терапии глюкокортикоидами	Да/Нет
7.	Выполнено лечение иммуноглобулином человека нормальным для внутривенного приема в курсовой дозе 2 г/кг веса для терапии обострения рассеянного склероза при наличии противопоказаний к приему глюкокортикоидов	Да/Нет

2.6.19.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при ишемическом инсульте и транзиторной ишемической атаке (коды по МКБ - 10: I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67.6, G45.0, G45.1, G45.2, G45.3, G45.4, G45.8, G45.9, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена постановка на диспансерное наблюдение	Да/Нет

2.6.19.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при ишемическом инсульте и транзиторной ишемической атаке (коды по МКБ - 10: I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67.6, G45.0, G45.1, G45.2, G45.3, G45.4, G45.8, G45.9, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врача-невролога первичный с оценкой неврологического статуса по шкале инсульта redNIHSS и степени нарушения сознания по шкале комы Глазго и/или FOUR	Да/Нет
2.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с магнитно-резонансной ангиографией интракраниальных сосудов или компьютерная томография головного мозга с КТ-ангиографией брахиоцефальных артерий всем детям с признаками острого нарушения мозгового кровообращения в экстренном порядке	Да/Нет
3.	Выполнена лечебная физкультура при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга не позднее 72 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет

2.6.20.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям 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.	Выполнена оценка насильственных движений различных частей тела в покое и при физической нагрузке	Да/Нет
2.	Выполнена оценка наличия/степени выраженности немоторных симптомов дистонии (боль, эмоциональные нарушения, расстройства сна)	Да/Нет
3.	Выполнена программа реабилитации, включающая тренировку с биологической обратной связью и/или лечебную гимнастику при фокальных дистониях у детей	Да/Нет

2.6.20.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям 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.	Выполнена оценка насильственных движений различных частей тела в покое и при физической нагрузке	Да/Нет
2.	Выполнена оценка наличия/степени выраженности немоторных симптомов дистонии (боль, эмоциональные нарушения, расстройства сна)	Да/Нет
3.	Выполнен диагностический тест с леводопой+[карбидоп] в дозе 10-25 мг/кг всем пациентам с развитием дистонии в раннем возрасте	Да/Нет
4.	Выполнена программа реабилитации, включающая тренировку с биологической обратной связью и/или лечебную гимнастику при фокальных дистониях у детей	Да/Нет

2.7. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ БОЛЕЗНЯХ ГЛАЗА И ЕГО ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА

2.7.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при конъюнктивитах (коды по МКБ - 10: H10, H10.0, H10.1, H10.2, H10.3, H10.4, H10.5, H10.8, H10.9, H11.8, P39.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена визометрия	Да/Нет
2.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
3.	Выполнена офтальмотонометрия	Да/Нет
4.	Назначено медикаментозное лечение: противомикробные препараты и антибиотики (S01AE; S01AE; S01AA; S01AA20; S01AX) и/или противовирусные препараты (S01AD; S03D) и/или местные иммуностимуляторы (L03AX) и/или противоаллергические препараты (S01GX; S01GA) и/или кортикостероиды (S01BA; D07CB) и/или иммунодепрессанты (S01XA)	Да/Нет

2.7.2.1. 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 визометрия	Да/Нет
2.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
3.	Выполнена офтальмоскопия или биомикроскопия глазного дна	Да/Нет
4.	Выполнена тонометрия	Да/Нет

2.7.2.2. 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	Да/Нет
2.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
3.	Выполнена офтальмоскопия или биомикроскопия глазного дна	Да/Нет
4.	Выполнена тонометрия	Да/Нет
5.	Выполнен расчёт силы интраокулярной линзы	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение	Да/Нет

2.7.3.1. 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	Да/Нет

2.7.3.2. 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	Да/Нет
4.	Выполнено интравитреальное введение лекарственных препаратов (лекарственных средств, препятствующих новообразованию сосудов S01LA (ранибизумаба или афлиберцепта или бролуцизумаба или фарицимаба) и/или ферментного препарата B01AD (проурокиназы) и/или фокальная лазеркоагуляция глазного дна и/или лазерстимуляция сетчатки и/или фотодинамическая терапия и/или лечение поливитаминами с другими средствами и/или физиотерапия	Да/Нет

2.7.4.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при сахарном диабете: ретинопатии диабетической, макулярном отеке диабетическом (коды по МКБ - 10: H36.0, E10.3, E11.3, E12.3, E13.3, E14.3)

№ 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

2.7.4.2. Критерии оценки качества специализированной помощи взрослым при сахарном диабете: ретинопатии диабетической, макулярном отеке диабетическом (коды по МКБ - 10: H36.0, E10.3, E11.3, E12.3, E13.3, E14.3)

№ 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.	Выполнена панретикулярная лазерная коагуляция и/или фокальная лазерная	Да/Нет

	коагуляция глазного дна, и/или интравитреальное введение лекарственных препаратов (лекарственных средств, препятствующих новообразованию сосудов S01LA (ранибизумаба или афлиберцепта или бролуцизумаба или фарицимаба), или глюкокортикоидов для местного применения S01BA01 (дексаметазона в виде имплантата для интравитреального введения), и/или ферментного препарата B01AD (проурокиназы)), и/или выполнено хирургическое лечение	

2.7.5.1. 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	Да/Нет
3.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
4.	Выполнена периметрия статическая и/или компьютерная	Да/Нет
5.	Выполнена биомикроскопия глазного дна или офтальмоскопия	Да/Нет
6.	Выполнена гониоскопия	Да/Нет
7.	Назначено лечение противоглаукомными препаратами и миотическими средствами (код АТХ S01E) (при наличии показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.7.5.2. 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	Да/Нет
3.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
4.	Выполнена периметрия статическая и/или компьютерная	Да/Нет
5.	Выполнена биомикроскопия глазного дна или офтальмоскопия	Да/Нет
6.	Выполнена гониоскопия	Да/Нет
7.	Выполнено лечение противоглаукомными препаратами и миотическими средствами (код АТХ S01E) и/или лазерное лечение	Да/Нет

2.7.6.1. 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 офтальмотонометрия	Да/Нет
2.	Выполнена визометрия	Да/Нет
3.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
4.	Выполнена периметрия (кинетическая и/или статическая и/или компьютерная)	Да/Нет
5.	Выполнена биомикроскопия глазного дна или офтальмоскопия	Да/Нет
6.	Выполнена гониоскопия	Да/Нет
7.	Назначено лечение противоглаукомными препаратами и миотическими средствами (код АТХ S01E) (при наличии показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.7.6.2. 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	Да/Нет

3.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
4.	Выполнена периметрия (кинетическая и/или статическая и/или компьютерная)	Да/Нет
5.	Выполнена биомикроскопия глазного дна или офтальмоскопия	Да/Нет
6.	Выполнена гониоскопия	Да/Нет
7.	Выполнено лечение противоглаукомными препаратами и миотическими средствами (код АТХ S01E) и/или лазерное лечение и/или хирургическое лечение	Да/Нет

2.7.7.1. 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 офтальмотонометрия	Да/Нет
2.	Выполнена визометрия	Да/Нет
3.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
4.	Выполнена периметрия (кинетическая и/или статическая и/или компьютерная)	Да/Нет
5.	Выполнена биомикроскопия глазного дна или офтальмоскопия	Да/Нет
6.	Выполнена гониоскопия	Да/Нет
7.	Назначено лечение противоглаукомными препаратами и миотическими средствами (код АТХ- S01E) при наличии показаний и отсутствии медицинских противопоказаний	Да/Нет
8.	Выполнено лечение противоглаукомными препаратами и миотическими средствами (код АТХ- S01E) при остром приступе закрытоугольной глаукомы (ОПЗУГ)	Да/Нет

2.7.7.2. 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 офтальмотонометрия	Да/Нет
2.	Выполнена визометрия	Да/Нет
3.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
4.	Выполнена периметрия (кинетическая и/или статическая и/или компьютерная)	Да/Нет
5.	Выполнена биомикроскопия глазного дна или офтальмоскопия	Да/Нет
6.	Выполнена гониоскопия	Да/Нет
7.	Выполнено лечение противоглаукомными препаратами и миотическими средствами (код АТХ- S01E) при остром приступе закрытоугольной глаукомы (ОПЗУГ)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение противоглаукомными препаратами и миотическими средствами (код АТХ- S01E) и/или лазерное лечение и/или хирургическое лечение	Да/Нет

2.7.8.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при миопической макулярной дегенерации (миопической макулопатии) (коды по МКБ - 10: H44.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена визометрия	Да/Нет
2.	Выполнена рефрактометрия	Да/Нет
3.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
4.	Выполнена офтальмоскопия и/или биомикроскопия глазного дна в условиях мидриаза	Да/Нет

2.7.8.2. Критерии оценки качества специализированной помощи взрослым при миопической макулярной дегенерации (миопической макулопатии) (коды по МКБ - 10: H44.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена визометрия	Да/Нет
2.	Выполнена рефрактометрия	Да/Нет

3.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
4.	Выполнена офтальмоскопия и/или биомикроскопия глазного дна в условиях миопии	Да/Нет
5.	Выполнено интравитреальное введение лекарственных препаратов группы средств, препятствующих новообразованию сосудов и/или фокальная лазерная коагуляция глазного дна и/или фотодинамическая терапия и/или хирургическое вмешательство	Да/Нет

2.7.9.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и 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 рефрактометрия и/или авторефрактометрия и/или скиаскопия	Да/Нет
3.	Выполнена офтальмоскопия и/или выполнен подбор очковой коррекции зрения и/или подбор контактной коррекции зрения, и/или подбор ортокератологических линз и/или назначено функциональное лечение	Да/Нет

2.7.9.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и 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 рефрактометрия и/или авторефрактометрия и/или скиаскопия	Да/Нет
3.	Выполнена склеропластика и/или лазеркоагуляция сетчатки, и/или функциональное лечение	Да/Нет
4.	Выполнена эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия или кератомилез ребенку моложе 18 лет.	Да/Нет

2.7.10.1. 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 (начиная с возраста, когда ребенок способен называть оптометры)	Да/Нет
2.	Выполнена рефрактометрия и/или авторефрактометрия и/или скиаскопия	Да/Нет
3.	Выполнен подбор очковой коррекции зрения и/или подбор контактной коррекции зрения	Да/Нет

2.7.11.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при вторичной глаукоме (коды по МКБ - 10: H40.3, H40.4, H40.5, H40.6, H40.8, H40.9, H42.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена визометрия	Да/Нет
2.	Выполнена офтальмотонометрия	Да/Нет
3.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
4.	Выполнена офтальмоскопия или биомикроскопия глазного дна	Да/Нет
5.	Выполнено назначение или проведение медикаментозного лечения: противоугловомые препараты и миотические средства S01E (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.7.11.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при вторичной глаукоме (коды по МКБ - 10: H40.3, H40.4, H40.5, H40.6, H40.8, H40.9, H42.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена визометрия	Да/Нет
2.	Выполнена офтальмотонометрия	Да/Нет
3.	Выполнена кератопахиметрия	Да/Нет
4.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
5.	Выполнена гониоскопия	Да/Нет
6.	Выполнена офтальмоскопия или биомикроскопия глазного дна	Да/Нет
7.	Выполнена периметрия (детям старшего возраста, с достаточным уровнем психомоторного и интеллектуального развития ребенка и наличия предметного зрения).	Да/Нет
8.	Выполнена ультразвуковая биометрия глаза	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование глазного яблока при непрозрачных средах	Да/Нет
10.	Выполнено оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора, оптическое исследование головки зрительного нерва и слоя нервных волокон с помощью компьютерного анализатора	Да/Нет
11.	Выполнено назначение или проведение медикаментозного лечения: противоглаукомные препараты и миотические средства S01E (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Выполнено хирургическое и/или лазерное лечение в случае некомпенсации глаукомы	Да/Нет

2.7.12.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при глаукомах вторичных (коды по МКБ - 10: H40.3, H40.4, H40.5, H40.8, H40.9, H42.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено офтальмотонометрия глаза (при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено визометрия	Да/Нет
3.	Выполнено биомикроскопия глаза	Да/Нет
4.	Выполнено периметрия (кинетическая, статическая, компьютерная)	Да/Нет
5.	Выполнено биомикроскопия глазного дна или офтальмоскопия (при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено гониоскопия (при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
7.	Назначено лечение противоглаукомными препаратами и миотическими средствами (код АТХ S01E) (при наличии показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.7.12.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при глаукомах вторичных (коды по МКБ - 10: H40.3, H40.4, H40.5, H40.8, H40.9, H42.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено офтальмотонометрия глаза (при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено визометрия	Да/Нет
3.	Выполнено биомикроскопия глаза	Да/Нет
4.	Выполнено периметрия (кинетическая, статическая, компьютерная)	Да/Нет
5.	Выполнено биомикроскопия глазного дна или офтальмоскопия (при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено гониоскопия (при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено лечение противоглаукомными препаратами и миотическими средствами	Да/Нет

	(код ATX S01E) и/или лазерное лечение и/или хирургическое лечение	

2.7.13.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при наследственных дистрофиях сетчатки (коды по МКБ - 10: H35, H35.5, H35.8, H36.8)

№ 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.	Выполнена периметрия	Да/Нет

2.7.13.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при наследственных дистрофиях сетчатки (коды по МКБ - 10: H35, H35.5, H35.8, H36.8)

№ 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.	Выполнена периметрия	Да/Нет

2.7.14.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при сквозном макулярном разрыве. Витреомакулярном тракционном синдроме (коды по МКБ - 10: H35.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена визометрия	Да/Нет
2.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
	Выполнена офтальмоскопия и/или биомикроскопия глазного дна в условиях миопии	Да/Нет

2.7.14.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при сквозном макулярном разрыве. Витреомакулярном тракционном синдроме (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 офтальмоскопия и/или биомикроскопия глазного дна в условиях миопии	Да/Нет
4.	Выполнено оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора (ОКТ)	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое лечение	Да/Нет

2.7.15.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при увеитах неинфекционных (коды по МКБ - 10: H20.0, H20.1, H20.2, H20.8, H20.9, H22.1, H30, H30.0, H30.1, H30.2, H30.8, H30.9, H35.0, H40.4, H43.3, H44.1)

№ 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 мириаза	Да/Нет
4.	Выполнена офтальмотонометрия	Да/Нет

2.7.15.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при увеитах неинфекционных (коды по МКБ - 10: H20.0, H20.1, H20.2, H20.8, H20.9, H22.1, H30, H30.0, H30.1, H30.2, H30.8, H30.9, H35.0, H40.4, H43.3, H44.1)

№ 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 мириаза	Да/Нет
4.	Выполнена офтальмотонометрия	Да/Нет
5.	Выполнено лечение препаратами групп: S01BA кортикостероиды и/или S01BC нестероидные противовоспалительные препараты и/или S01F миотические и циклоплегические средства и/или интравитреальное введение лекарственных препаратов S01BA01 (дексаметазона в виде имплантата для интравитреального введения) и/или лазерная коагуляция глазного дна, и/или хирургическое вмешательство	Да/Нет

2.8. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ БОЛЕЗНЯХ УХА И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА

2.8.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при наружных отитах (коды по МКБ - 10: H60.0, H60.1, H60.2, H60.3, H60.4, H60.5, H60.8, H60.9, H61.0, H61.8, H61.9, H62.0, H62.1, H62.3, H62.4, H62.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза) (при злокачественной форме наружного отита)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография височной кости (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение компьютерной томографии височных костей) (при злокачественном наружном отите)	Да/Нет
4.	Назначено лечение противомикробными препаратами и/или антисептиками (при неосложненной форме наружного отита) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.8.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при наружных отитах (коды по МКБ - 10: H60.0, H60.1, H60.2, H60.3, H60.4, H60.5, H60.8, H60.9, H61.0, H61.8, H61.9, H62.0, H62.1, H62.3, H62.4, H62.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза) (при злокачественной форме наружного отита)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография височной кости (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение компьютерной томографии височных костей) (при злокачественном наружном отите)	Да/Нет
4.	Выполнено лечение противомикробными препаратами и/или антисептиками и/или антибактериальными препаратами системного действия (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.8.2.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при наружном отите (коды по МКБ - 10: H60.0, H60.1, H60.2, H60.3, H60.5, H60.8, H60.9, H61.0, H61.8, H61.9, H62.0, H62.1, H62.2, H62.3, H62.4, H62.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено назначение противомикробных препаратов и/или противогрибковых препаратов для местного применения и/или антибактериальных препаратов системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.8.2.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при наружном отите (коды по МКБ - 10: H60.0, H60.1, H60.2, H60.3, H60.5, H60.8, H60.9, H61.0, H61.8, H61.9, H62.0, H62.1, H62.2, H62.3, H62.4, H62.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено лечение противомикробными препаратами и/или противогрибковыми препаратами для местного применения и/или антибактериальными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и/или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого из ушей на дрожжевые грибы и/или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого из ушей на мицелиальные грибы (пациентам с тяжелым течением наружного отита до начала терапии, пациентам с рецидивирующим и хроническим наружным отитом, пациентам с иммунодефицитом, при инфекциях у пациентов после операции на ухе и у пациентов, которые не отвечают на начальную терапию)	Да/Нет

3.	Выполнена рентгенография височной кости и/или компьютерная томография височной кости и/или магнитно-резонансная томография костной ткани (одна область) (при подозрении на злокачественный наружный отит)	Да/Нет

2.8.3.1. 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 первичный.	Да/Нет
2.	Назначено лечение назальными формами противоконгестивных средств - альфа-адреномиметиков (код АТХ: R01A Деконгестанты и другие препараты для местного применения) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
3.	Назначено лечение антибактериальными препаратами системного действия (детям с острым средним отитом младше 2 лет, пациентам с гнойной формой острого среднего гнойного отита, пациентам с рецидивирующим течением острого среднего отита) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.8.3.2. 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 первичный.	Да/Нет
2.	Выполнено лечение назальными формами противоконгестивных средств - альфа-адреномиметиков (код АТХ: R01A Деконгестанты и другие препараты для местного применения) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия (детям с острым средним отитом младше 2 лет, пациентам с гнойной формой острого среднего гнойного отита, пациентам с рецидивирующим течением острого среднего отита) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено экстренное хирургическое лечение (в случае развития интратемпоральных или внутричерепных осложнений)	Да/Нет

2.8.4.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при хроническом среднем отите (коды по МКБ - 10: H65.2-4, H66.1-3, H72.0, H90.0-2, H90.6-8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	Да/Нет
2.	Выполнена тональная аудиометрия	Да/Нет
3.	Выполнена рентгенография височной кости и/или компьютерная томография височных костей (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение компьютерной томографии височных костей)	Да/Нет

2.8.4.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при хроническом среднем отите (коды по МКБ - 10: H65.2-4, H66.1-3, H72.0, H90.0-2, H90.6-8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения

1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	Да/Нет
2.	Выполнена тональная аудиометрия	Да/Нет
3.	Выполнена рентгенография височной кости и/или компьютерная томография височных костей (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение компьютерной томографии височных костей)	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое лечение и/или консервативное лечение (пациентам с хроническим гнойным средним отитом)	Да/Нет

2.8.5.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при отосклерозе (коды по МКБ - 10: H80)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога и/или врача сурдолога-оториноларинголога первичный	Да/Нет
2.	Выполнена тональная аудиометрия	Да/Нет
3.	Выполнена импедансометрия	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография височных костей (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение компьютерной томографии височных костей)	Да/Нет

2.8.5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при отосклерозе (коды по МКБ - 10: H80)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога и/или врача сурдолога-оториноларинголога первичный	Да/Нет
2.	Выполнена тональная аудиометрия	Да/Нет
3.	Выполнена импедансометрия	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография височных костей (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение компьютерной томографии височных костей)	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое лечение	Да/Нет

2.8.6.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при болезни Меньера (коды по МКБ - 10: H81.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оторино-ларинголога и/или врача сурдолога-оториноларинголога первичный	Да/Нет
2.	Выполнена тональная аудиометрия	Да/Нет
3.	Выполнена тимпанометрия	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	Да/Нет

2.8.6.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезни Меньера (коды по МКБ - 10: H81.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оторино-ларинголога и/или врача сурдолога-оториноларинголога первичный	Да/Нет
2.	Выполнена тональная аудиометрия	Да/Нет
3.	Выполнена тимпанометрия	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	Да/Нет

5.	Выполнено консервативное и/или хирургическое лечение	Да/Нет

2.8.7.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при потере слуха, вызванной шумом (коды по МКБ - 10: H83.3, Z57.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врача-оториноларинголога первичный и/или осмотр врача сурдолога-оториноларинголога первичный	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врача-профпатолога первичный	Да/Нет
3.	Выполнена тональная аудиометрия	Да/Нет
4.	Выполнена импедансометрия	Да/Нет
5.	Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями органа слуха и разработана индивидуальная программа реабилитации	Да/Нет
6.	Выполнено определение группы динамического наблюдения (по результатам профилактического медицинского осмотра)	Да/Нет

2.8.7.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи помощи взрослым при потере слуха, вызванной шумом (коды по МКБ - 10: H83.3, Z57.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врача-профпатолога первичный	Да/Нет
2.	Выполнена тональная аудиометрия	Да/Нет
3.	Выполнена импедансометрия	Да/Нет
4.	Выполнено лечение ангиопротекторами и корректорами микроциркуляции (АТХ-С05 Ангиопротекторы) и/или периферическими вазодилататорами (С04 Периферические вазодилататоры) и/или ноотропными препаратами (АТХ-N06ВХ Другие психостимуляторы и ноотропные препараты), и/или препаратами для устранения головокружения (АТХ-N07СА Препараты для устранения головокружения) и/или психоаналептиками (АТХ-N06 Психоаналептики) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями органа слуха и разработана индивидуальная программа реабилитации	Да/Нет

2.8.8.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при нейросенсорной тугоухости у взрослых (коды по МКБ - 10: H90.3, H90.4, H90.5, H91.1, H91.2, H91.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога и/или врача сурдолога-оториноларинголога первичный	Да/Нет
2.	Выполнена тональная аудиометрия (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение тональной аудиометрии)	Да/Нет
3.	Назначено лечение глюкокортикоидами (пациентам с острой сенсоневральной тугоухостью) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.8.8.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при нейросенсорной тугоухости у взрослых (коды по МКБ - 10: H90.3, H90.4, H90.5, H91.1, H91.2, H91.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога и/или врача сурдолога-оториноларинголога первичный	Да/Нет
2.	Выполнена тональная аудиометрия (или направление пациента в медицинскую	Да/Нет

	организацию, где возможно выполнение тональной аудиометрии)	
3.	Выполнено лечение глюкокортикоидами (пациентам с острой сенсоневральной тугоухостью) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.8.9.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при сенсоневральной тугоухости у детей (коды по МКБ - 10: H90.3, H90.4, H90.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-сурдолога-оториноларинголога первичный	Да/Нет
2.	Выполнена регистрация отоакустической эмиссии и/или исследование коротколатентных вызванных потенциалов и/или тональная аудиометрия и/или игровая аудиометрия (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение данных исследований)	Да/Нет
3.	Выполнена тимпанометрия и/или импедансометрия (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение данных исследований)	Да/Нет

2.8.9.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при сенсоневральной тугоухости у детей (коды по МКБ - 10: H90.3, H90.4, H90.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-сурдолога-оториноларинголога первичный	Да/Нет
2.	Выполнена регистрация отоакустической эмиссии и/или исследование коротколатентных вызванных потенциалов и/или тональная аудиометрия и/или игровая аудиометрия (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение данных исследований)	Да/Нет
3.	Выполнена тимпанометрия и/или импедансометрия (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение данных исследований)	Да/Нет
4.	Выполнено лечение глюкокортикоидами (пациентам с острой сенсоневральной тугоухостью)	Да/Нет

2.8.9.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при грибковом отите (коды по МКБ - 10: H60.8, H66.3, H62.2, B37.8, B44.8, B49)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	Да/Нет
2.	Назначено лечение противогрибковыми препаратами местного действия (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.1.34.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при грибковом отите (коды по МКБ - 10: H60.8, H66.3, H62.2, B37.8, B44.8, B49)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	Да/Нет
2.	Выполнено лечение противогрибковыми препаратами местного и/или системного действия (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.9. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

2.9.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при перикардитах (коды по МКБ - 10: I30, I30.1, I30.8, I30.9, I31, I31.1, I31.2, I31.3, I31.8, I31.9, I32, I32.0, I32.1, I32.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-терапевта или врача-кардиолога со сбором жалоб, анамнеза, физикальным исследованием	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови, тропонина I, T в крови, исследование уровня/активности изоферментов креатинкиназы в крови при подозрении на острый перикардит	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня тропонинов I, T в крови и уровня/активности изоферментов креатинкиназы в крови при рецидивирующем перикардите лабораторное	Да/Нет
4.	Выполнено определение содержания ревматоидного фактора в крови и определение содержания антител к экстрагируемым ядерным антигенам в крови и исследование уровня ферритина в крови при рецидивирующем перикардите или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследования	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови при подозрении на выпот в перикарде	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови) и повреждения миокарда (исследование уровня тропонинов I, T в кровитропонин I или T, и исследование уровня/активности изоферментов креатинкиназы в крови при миоперикардите	Да/Нет
7.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование перикардальной жидкости на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы при подозрении на гнойный перикардит или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследования	Да/Нет
8.	Выполнена эхокардиография в сочетании с доплерэхокардиографией или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследования	Да/Нет
9.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
10.	Выполнена регистрация 12-канальной электрокардиограммы	Да/Нет
11.	Выполнено назначение нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов (ибупрофен или индометацин) или ацетилсалициловой кислоты и безвременника осеннего семян экстракта (в качестве первой линии терапии)	Да/Нет
12.	Выполнено назначение нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов (ибупрофен или индометацин) или ацетилсалициловой кислоты и безвременника осеннего семян экстракта (в качестве первой линии терапии) при рецидивирующем перикардите	Да/Нет
13.	Выполнено продолжение лечения Безвременника осеннего семян экстрактом в течение не менее 6 месяцев при рецидивирующем перикардите	Да/Нет
14.	Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами (ибупрофен), или ацетилсалициловой кислотой в качестве первой линии терапии при миоперикардите	Да/Нет
15.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия при бактериальном перикардите	Да/Нет
16.	Выполнены общий анализ мочи и развернутый общий анализ крови с оценкой уровня гемоглобина и гематокрита, количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, скорости оседания эритроцитов в рамках первичного обследования и далее каждые 6–12 месяцев	Да/Нет
17.	Выполнены биохимический анализ крови с определением уровня калия, натрия, глюкозы, креатинина, общего белка, мочевины, общего билирубина, активности аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы в крови, исследование	Да/Нет

	уровня общего холестерина крови, уровня холестерина липопротеидов низкой плотности и триглицеридов) исследование уровня свободного трийодтиронина, свободного тироксина и тиреотропного гормона в крови, исследование С-реактивного белка в крови, исследование ферритина в крови при первичном обследовании и далее каждые 6–12 месяцев, или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения исследований	
18.	Выполнено определение уровня N-терминального фрагмента натрийуретического пропептида мозгового в крови при первичном обследования и далее каждые 6–12 месяцев	Да/Нет
19.	Выполнено исследование коагулограммы (активированного частичного тромбопластинового времени, протромбинового времени, протромбинового индекса, уровня D-димера, уровня фибриногена, величины международного нормализованного отношения	Да/Нет
20.	Выполнено определение антигена D системы Резус (резус-фактор), определение фенотипа по антигенам C, c, E, e, Cw, K, k и определение антиэритроцитарных антител, определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови, определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови, или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения исследований	Да/Нет

2.9.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при перикардитах (коды по МКБ – 10: I30, I30.1, I30.8, I30.9, I31, I31.1, I31.2, I31.3, I31.8, I31.9, I32, I32.0, I32.1, I32.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-терапевта или врача-кардиолога со сбором жалоб, анамнеза, физикальным исследованием	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови, тропонина I, T в крови, исследование уровня/активности изоферментов креатинкиназы в крови при подозрении на острый перикардит	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня тропонинов I, T в крови и уровня/активности изоферментов креатинкиназы в крови при рецидивирующем перикардите лабораторное	Да/Нет
4.	Выполнено определение содержания ревматоидного фактора в крови и определение содержания антител к экстрагируемым ядерным антигенам в крови и исследование уровня ферритина в крови при рецидивирующем перикардите или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследования	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови при подозрении на выпот в перикарде	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови) и повреждения миокарда (исследование уровня тропонинов I, T в кровитропонин I или T, и исследование уровня/активности изоферментов креатинкиназы в крови при миоперикардите	Да/Нет
7.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование перикардальной жидкости на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы при подозрении на гнойный перикардит или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследования	Да/Нет
8.	Выполнена эхокардиография в сочетании с доплерэхокардиографией или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследования	Да/Нет

9.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
10.	Выполнена компьютерная томография или магнитно-резонансная томография органов грудной клетки при подозрении на осумкованный перикардиальный выпот, на утолщение перикарда, на образования перикарда или на патологию в грудной клетке, или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследования	Да/Нет
11.	Выполнена магнитно-резонансная томография сердца при констриктивном перикардите или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследования	Да/Нет
12.	Выполнена регистрация 12-канальной электрокардиограммы	Да/Нет
13.	Выполнено цитологическое исследование и исследование опухолевых маркеров перикардиальной жидкости при подозрении на злокачественный выпот или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения исследования	Да/Нет
14.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование перикардиальной жидкости на наличие микобактерий туберкулеза, выполнено определение днк микобактерий туберкулеза в перикардиальной жидкости методом полимеразной цепной реакции при подозрении на туберкулезный перикардит	Да/Нет
15.	Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами (ибупрофен или индометацин) или ацетилсалициловой кислотой и безвременника осеннего семян экстрактом (в качестве первой линии терапии)	Да/Нет
16.	Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами (ибупрофен или индометацин) или ацетилсалициловой кислотой и безвременника осеннего семян экстрактом (в качестве первой линии терапии) при рецидивирующем перикардите	Да/Нет
17.	Выполнено лечение комбинацией иммунодепрессантов с азатиоприном, нормальным иммуноглобулином человека для внутривенного введения или с препаратами, блокирующими интерлейкин-1 или селективным блокатором интерлейкиновых рецепторов — при неэффективном лечении безвременника осеннего семян экстрактом или при развитии стероидной зависимости при рецидивирующем перикардите, или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения лечения	Да/Нет
18.	Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами (ибупрофен), или ацетилсалициловой кислотой в качестве первой линии терапии при миоперикардите	Да/Нет
19.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия при бактериальном перикардите	Да/Нет
20.	Выполнены перикардиоцентез или сформировано перикардиальное окно или выполнена перикардэктомия с декомпрессией сердца, дренированием и санацией полости перикарда при наличии показаний к хирургическим вмешательствам: наличие выраженного выпота в перикард, тампонада сердца и констриктивный перикардит, бактериальный перикардит, с диагностической целью при выраженном и умеренном выпоте неясной этиологии, или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения хирургического лечения	Да/Нет
21.	Выполнено интраперикардиальное введение цисплатина или тиотепа в том числе в комбинации с системной химиотерапией при злокачественных выпотах, причиной которых является рак легкого или молочной железы, или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения лечения	Да/Нет
22.	Выполнено внутриперикардиальное введение цитокинов при опухолевых перикардитах или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения лечения	Да/Нет
23.	Выполнено внутриперикардиальное введение триамцинолона при аутоиммунном выпоте, устойчивом к другим видам лечения, или пациент направлен в	Да/Нет

	специализированную медицинскую организацию для проведения лечения	
24.	Выполнено внутривенное введение триамсинолона при уремии перикардита, за исключением случаев выраженного геморрагического выпота или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения лечения	Да/Нет
25.	Выполнено определение уровня n-терминального фрагмента натрийуретического пропептида мозгового в крови при первичном обследовании и далее каждые 6–12 месяцев	Да/Нет
26.	Выполнено исследование коагулограммы (активированного частичного тромбопластинового времени, протромбинового времени, протромбинового индекса, уровня d-димера, уровня фибриногена, величины международного нормализованного отношения	Да/Нет
27.	Выполнено определение антигена d системы резус (резус-фактор), определение фенотипа по антигенам c, c, e, e, cw, k, k и определение антиэритроцитарных антител, определение антигена (hbsag) вируса гепатита b (hepatitis b virus) в крови, определение антител к вирусу гепатита c (hepatitis c virus) в крови, определение антител к бледной трепонеме (treponema pallidum) в крови, определение антител классов m, g (igm, igg) к вирусу иммунодефицита человека вич-1 (human immunodeficiency virus hiv 1) в крови, определение антител классов m, g (igm, igg) к вирусу иммунодефицита человека вич-2 (human immunodeficiency virus hiv 2) в крови, или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения исследований	Да/Нет

2.9.2.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при инфекционном эндокардите и инфекции внутрисердечных устройств (коды по МКБ - 10: I33, I38, I39, T85.7)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение диагноза инфекционного эндокардита согласно критериям Дюка ЕОК 2015 г.	Да/Нет
2.	Выполнен общий анализ крови при обращении и в динамике	Да/Нет
3.	Выполнен биохимический анализ крови (креатинин, расчетная скорость клубочковой фильтрации, СРБ, прокальцитонин, АСТ, АЛТ, электролиты) при обращении и в динамике	Да/Нет
4.	Выполнен общий анализ мочи при обращении и в динамике	Да/Нет
5.	Выполнена трансторакальная эхокардиография как метод первичной диагностики	Да/Нет
6.	Выполнено направление пациента в специализированное медицинское учреждение для выполнения чреспищеводной эхокардиографии, при невозможности его проведения для подтверждения диагноза ИЭ в определенных клинических ситуациях (отсутствие изменений/ неинформативность данных трансторакальной эхокардиографии)	Да/Нет
7.	Выполнено направление пациента в специализированное медицинское учреждение при наличии абсолютных показаний для проведения дополнительных инструментальных обследований на предмет поиска немых эмболических осложнений, при невозможности их выполнения по месту оказания медицинской помощи (УЗИ брюшной полости и почек, и/или МРТ головного мозга, и/или КТ).	Да/Нет
8.	Выполнено информирование и назначение рекомендаций по профилактике инфекционного эндокардита	Да/Нет
9.	Выполнено направление и взятие пациента на диспансерное наблюдение	Да/Нет

2.9.2.2. Критерии оценки качества специализированной медико-санитарной помощи взрослым при инфекционном эндокардите и инфекции внутрисердечных устройств (коды по МКБ - 10: I33, I38, I39, T85.7)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения

1.	Выполнено определение диагноза инфекционного эндокардита согласно критериям Дюка ЕОК 2015 г.	Да/Нет
2.	Выполнен общий анализ крови при обращении и в динамике	Да/Нет
3.	Выполнен биохимический анализ крови (креатинин, расчетная скорость клубочковой фильтрации, СРБ, прокальцитонин, АСТ, АЛТ, электролиты) при обращении и в динамике	Да/Нет
4.	Выполнен общий анализ мочи при обращении и в динамике	Да/Нет
5.	Выполнена трансторакальная эхокардиография как метод первичной диагностики	Да/Нет
6.	Выполнено направление пациента в специализированное медицинское учреждение для выполнения чреспищеводной эхокардиографии, при невозможности его проведения для подтверждения диагноза ИЭ в определенных клинических ситуациях (отсутствие изменений/ неинформативность данных трансторакальной эхокардиографии)	Да/Нет
7.	Выполнено направление пациента в специализированное медицинское учреждение при наличии абсолютных показаний для проведения дополнительных инструментальных обследований на предмет поиска немых эмболических осложнений, при невозможности их выполнения по месту оказания медицинской помощи (УЗИ брюшной полости и почек, и/или МРТ головного мозга, и/или КТ).	Да/Нет
8.	Выполнены 3 и более микробиологических (культуральных) исследования крови на стерильность с интервалом между первой и последней не менее 1 часа или 2 и более микробиологических исследования с интервалом в 12 часов	Да/Нет
9.	Выполнена эмпирическая внутривенная антибактериальная терапия и проведена коррекция антибактериальной терапии при необходимости и/или получения результатов микробиологического (культурального) исследования крови на стерильность (этиотропная терапия)	Да/Нет
10.	Выполнено определение показаний для хирургического лечения	Да/Нет
11.	Выполнено информирование и назначение рекомендаций по профилактике инфекционного эндокардита	Да/Нет

2.9.3.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при геморрагическом инсульте (коды по МКБ - 10: I60, I61, I62, Q28.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография головного мозга или магнитно-резонансная томография головного мозга не позднее 40 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена консультация нейрохирургом в срок не позднее 60 минут с момента получения результатов КТ больному, у которого по заключению КТ-исследования или МРТ - исследования установлены признаки геморрагического инсульта	Да/Нет
3.	Выполнена оценка состоятельности глотания при помощи теста оценки глотания («трехглотковая проба» с использованием пульсоксиметра) в течение первых 3 часов пребывания пациента в стационаре	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое вмешательство по удалению внутримозговой гематомы	Да/Нет
5.	Выполнено операция по поводу разорвавшейся аневризмы в остром периоде кровоизлияния	Да/Нет
6.	Выполнена КТ головного мозга в течение 24 часов после операции	Да/Нет
7.	Выполнена лечебная физкультура при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга и/или лечебная физкультура с использованием аппаратов и тренажеров при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга и/или постуральная коррекция, и/или эрготерапия, и/или медико-логопедическое исследование при дисфагии, и/или медико-логопедическая процедура при афазии, и/или медико-логопедическая процедура при дизартрии не позднее 48 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет

2.9.4.1. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-специалиста (хирурга или сердечно-сосудистого хирурга)	Да/Нет
2.	Выполнено дуплексное сканирование вен верхних или нижних конечностей	Да/Нет
3.	Выполнено назначение анти тромботических средств (при умеренном и высоком риске перехода тромба на глубокие вены в стадию острого и стихающего тромбофлебита поверхностных вен и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено назначение эластической компрессии нижних конечностей	Да/Нет

2.9.4.2. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-специалиста (хирурга или сердечно-сосудистого хирурга)	Да/Нет
2.	Выполнено дуплексное сканирование вен верхних или нижних конечностей	Да/Нет
3.	Выполнено лечение анти тромботическими средствами (при умеренном и высоком риске перехода тромба на глубокие вены в стадию острого и стихающего тромбофлебита поверхностных вен и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено назначение эластической компрессии нижних конечностей	Да/Нет
5.	Выполнена приустьевая перевязка (высокое лигирование) или кроссэктомия, или тромбэктомия, или пункционная тромбэктомия (флебоцентез), или эндовенозная термооблитерация (при умеренном и высоком риске перехода тромба на глубокие вены)	Да/Нет

2.9.5.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при варикозном расширении вен нижних конечностей (коды по МКБ -10: I83 (I83.0, I83.1, I83.2, I83.9))

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-специалиста (хирурга или сердечно-сосудистого хирурга)	Да/Нет
2.	Выполнено дуплексное сканирование вен нижних конечностей (при планировании инвазивного лечения пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей)	Да/Нет
3.	Выполнено назначение эластической компрессии нижних конечностей	Да/Нет
4.	Выполнено назначение ангиопротекторов, или препаратов, снижающих проницаемость капилляров, или биофлавоноидов	Да/Нет

2.9.5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при варикозном расширении вен нижних конечностей (коды по МКБ -10: I83 (I83.0, I83.1, I83.2, I83.9))

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-специалиста (хирурга или сердечно-сосудистого хирурга)	Да/Нет
2.	Выполнено дуплексное сканирование вен нижних конечностей (при планировании инвазивного лечения пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей)	Да/Нет

	конечностей)	
3.	Выполнено назначение эластической компрессии нижних конечностей	Да/Нет
4.	Выполнено лечение ангиопротекторами, или препаратами, снижающими проницаемость капилляров, или биофлавоноидами	Да/Нет
5.	Выполнено флебосклерозирующее лечение, или термооблитерации, или открытые вмешательства: перевязка вены, кроссэктомия, флебэктомия, стриппинг (при сохранении субъективных симптомов венозной недостаточности, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.9.6.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при артериальной гипертензии у взрослых (коды по МКБ - 10: I10, I11, I12, I13, I15, I95.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено измерение уровня офисного (клинического) артериального давления на любом визите	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, расчетная скорость клубочковой фильтрации, глюкоза, калий, натрий, мочевиная кислота, общий холестерин, липопротеины низкой плотности, триглицериды, липопротеины высокой плотности) при первичной постановке диагноза и при обращении не менее 1 раз в 12 месяцев	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови при первичной постановке диагноза и при обращении не менее 1 раз в 12 месяцев	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи при первичной постановке диагноза и при обращении не менее 1 раз в 12 месяцев	Да/Нет
5.	Выполнена качественная оценка протеинурии тест-полоской или определение альбумина в моче при первичной постановке диагноза	Да/Нет
6.	Выполнена регистрация электрокардиограммы в 12 отведениях при первичной постановке диагноза и при обращении не менее 1 раз в 12 месяцев	Да/Нет
7.	Выполнено фиксация диагноза с указанием стадии заболевания, степени повышения артериального давления (при отсутствии терапии), категории риска, наличия поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний	Да/Нет
8.	Назначена немедикаментозная терапия (даны рекомендации по модификации образа жизни)	Да/Нет
9.	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) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Назначена комбинированная двухкомпонентная антигипертензивная терапия сразу после постановки диагноза (кроме пациентов ≥ 80 лет, пациентов с синдромом старческой астении) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнено достижение целевого уровня систолического АД < 140 мм рт. ст. и диастолического АД < 90 мм рт. ст., при условии хорошей переносимости достигнут целевой уровень 130/80 мм рт. ст. или ниже в течение трех месяцев от начала лечения либо приведена причина выбора иной тактики	Да/Нет
12.	Выполнена постановка пациента на диспансерное наблюдение	Да/Нет

2.9.6.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при артериальной гипертензии у взрослых (коды по МКБ - 10: I10, I11, I12, I13, I15, I95.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено измерение уровня офисного (клинического) артериального давления на любом визите	Да/Нет

2.	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 первичной постановке диагноза и при обращении не менее 1 раз в 12 месяцев	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови при первичной постановке диагноза и при обращении не менее 1 раз в 12 месяцев	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи при первичной постановке диагноза и при обращении не менее 1 раз в 12 месяцев	Да/Нет
5.	Выполнена качественная оценка протеинурии тест-полоской или определение альбумина в моче при первичной постановке диагноза	Да/Нет
6.	Выполнена регистрация электрокардиограммы в 12 отведениях при первичной постановке диагноза и при обращении не менее 1 раз в 12 месяцев	Да/Нет
7.	Выполнено фиксация диагноза с указанием стадии заболевания, степени повышения артериального давления (при отсутствии терапии), категории риска, наличия поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний	Да/Нет
8.	Выполнена немедикаментозная терапия (даны рекомендации по модификации образа жизни)	Да/Нет

2.9.7.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при легочной гипертензии, в том числе хронической тромбоэмболической легочной гипертензии (коды по МКБ - 10: I27.0, I27.2, I27.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога или врача-терапевта со сбором жалоб, анамнеза и с терапевтическим осмотром	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с оценкой уровня гемоглобина, гематокрита, количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, скорости оседания эритроцитов в рамках первичного обследования и далее каждые 6–12 месяцев	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (Исследование уровня мочевины в крови. Исследование уровня мочевой кислоты в крови. Исследование уровня креатинина в крови. Исследование уровня общего белка в крови. Исследование уровня общего билирубина в крови. Исследование уровня глюкозы в крови. Исследование уровня натрия в крови. Исследование уровня калия в крови. Исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови. Определение активности аспартатаминотрансферазы в крови. Определение активности аланинаминотрансферазы в крови. в рамках первичного обследования и далее каждые 3–6 месяцев	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови с определением антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови, с определением антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови, с определением антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови, с определением антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня N-терминального фрагмента натрийуретического пропептида мозгового (NT-proBNP) в крови при первичном обследования и затем каждые 6–12 месяцев	Да/Нет
6.	Выполнен тест с 6-минутной ходьбой для оценки физической работоспособности при первичном обследования и затем каждые 6–12 месяцев	Да/Нет
7.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения исследования	Да/Нет

8.	Выполнена регистрация электрокардиограммы в 12 отведениях (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
10.	Выполнена трансторакальная эхокардиография	Да/Нет
11.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследования	Да/Нет
12.	Выполнена постановка на диспансерное наблюдение врачом кардиологом при установленном диагнозе «легочная артериальная гипертензия» и «хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия»	Да/Нет

2.9.7.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при легочной гипертензии, в том числе хронической тромбоэмболической легочной гипертензии (коды по МКБ - 10: I27.0, I27.2, I27.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога или врача-терапевта со сбором жалоб, анамнеза и с терапевтическим осмотром	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с оценкой уровня гемоглобина, гематокрита, количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, скорости оседания эритроцитов в рамках первичного обследования и далее каждые 6–12 месяцев	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (Исследование уровня мочевины в крови. Исследование уровня мочевой кислоты в крови. Исследование уровня креатинина в крови. Исследование уровня общего белка в крови. Исследование уровня общего билирубина в крови. Исследование уровня глюкозы в крови. Исследование уровня натрия в крови. Исследование уровня калия в крови. Исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови. Определение активности аспартатаминотрансферазы в крови. Определение активности аланинаминотрансферазы в крови. в рамках первичного обследования и далее каждые 3–6 месяцев	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови с определением антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови, с определением антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови, с определением антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови, с определением антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня N-терминального фрагмента натрийуретического пропептида мозгового (NT-proBNP) в крови при первичном обследования и затем каждые 6–12 месяцев	Да/Нет
6.	Выполнен тест с 6-минутной ходьбой для оценки физической работоспособности при первичном обследования и затем каждые 6–12 месяцев	Да/Нет
7.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения исследования	Да/Нет
8.	Выполнена регистрация электрокардиограммы в 12 отведениях (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
10.	Выполнена трансторакальная эхокардиография	Да/Нет
11.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследования	Да/Нет
12.	Выполнена чрезвенозная катетеризация сердца пациентам с подозрением на	Да/Нет

	наличие легочной артериальной гипертензии или хронической тромбоэмболической легочной гипертензии для подтверждения диагноза и определения тактики лечения или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследования	
13.	Выполнена чрезвенная катетеризация сердца в сочетании с селективной ангиопульмонографией у больных хронической тромбоэмболической легочной гипертензией или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследования	Да/Нет
14.	Выполнено лечение блокаторами кальциевых каналов– производных дигидропиридина или дилтиаземом для лечения пациентов идиопатической, наследственной легочной артериальной гипертензией, легочной артериальной гипертензией при приеме лекарственных препаратов при наличии положительного вазореактивного теста.	Да/Нет
15.	Выполнена специфическая стартовая монотерапия антагонистом рецепторов эндотелина, ингибитором фосфодиэстеразы типа 5, риоцигуатом, селексипагом, илопростом у пациентов с впервые установленной легочной артериальной гипертензией, ассоциированной с ВИЧ-инфекцией, портопульмональной легочной артериальной гипертензией, при синдроме Эйзенменгера	Да/Нет
16.	Выполнена начальная монотерапия антагонистом рецепторов эндотелина, ингибитором фосфодиэстеразы типа 5, риоцигуатом или селексипагом у пациентов идиопатической легочной артериальной гипертензией, наследственной легочной артериальной гипертензией, легочной артериальной гипертензией при приеме лекарственных препаратов, легочной артериальной гипертензией на фоне системных заболеваний соединительной ткани, резидуальной легочной артериальной гипертензией после коррекции простых системно-легочных шунтов низкого риска без сердечно-легочной коморбидности	Да/Нет
17.	Выполнена эскалация специфической для легочной артериальной гипертензии терапии при недостижении низкого риска смертности на фоне предшествующего лечения	Да/Нет
18.	Выполнена специфическая терапия (риоцигуат, илопрост, антагонист рецепторов эндотелина, ингибитор фосфодиэстеразы типа 5) пациентам с хронической тромбоэмболической легочной гипертензией в случае неоперабельности при среднем давлении в легочной артерии ≥ 25 мм рт. ст. и легочно-сосудистом сопротивлении ≥ 3 ед. Вуда	Да/Нет
19.	Выполнена баллонная ангиопластика легочной артерии у пациентов с неоперабельной или резидуальной хронической тромбоэмболической легочной гипертензией или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения вмешательства	Да/Нет

2.9.8.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной 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, I24.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-терапевта или врача-кардиолога или фельдшера, проведен осмотр со сбором жалоб, анамнеза, проведено физикальное обследование пациента	Да/Нет
2.	Выполнена постановка на диспансерное наблюдение в течение 3 рабочих дней после выписки из стационара	Да/Нет
3.	Выполнена программа кардиологической реабилитации	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови не реже 1 раза в год	Да/Нет
5.	Выполнен биохимический общетерапевтический анализ крови (с расчетом скорости клубочковой фильтрации) не реже 1 раза в год	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня холестерина липопротеидов низкой плотности не	Да/Нет

	реже 2 раз в год	
7.	Выполнена регистрация, расшифровка и интерпретация 12-канальной электрокардиограммы не реже 1 раза в год	Да/Нет
8.	Выполнена трансторакальная эхокардиография с оценкой фракции выброса левого желудочка не реже 1 раза в год	Да/Нет
9.	Назначено лечение ацетилсалициловой кислотой в сочетании с ингибитором P2Y12 рецепторов тромбоцитов (клопидогрел, тикагрелор или прасутрел), или терапия пероральным антикоагулянтом (апиксабан, дабигатрана этексилат, ривароксабан, эдоксабан или антагонист витамина К) в сочетании с антиагрегантом (клопидогрел, тикагрелор или ацетилсалициловая кислота) после оценки риска	Да/Нет
10.	Назначено лечение высокой дозой ингибитора ГМГ-КоА-редуктазы (статином); при недостижении целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (<1,4 ммоль/л) или при отсутствии его снижения на 50% от исходного уровня увеличена доза ингибитора ГМГ-КоА редуктазы (статины) или назначена комбинированная гиполипидемическая терапия (с добавлением эзетимиба и/или эволокумаба или алирокумаба или инклисирана) после оценки риска, либо пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для коррекции лечения	Да/Нет

2.9.8.2. 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, I24.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена регистрация, расшифровка и интерпретация электрокардиограммы в течение 10 минут от прибытия бригады скорой медицинской помощи к пациенту либо в течение 10 минут от начала оказания специализированной медицинской помощи	Да/Нет
2.	Выполнена госпитализация в специализированный стационар (в региональный сосудистый центр, в кардиологическое отделение с палатой реанимации и интенсивной терапии для пациентов с острым коронарным синдромом (первичное сосудистое отделение для острого коронарного синдрома))	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-терапевта или врача-кардиолога или фельдшера, проведен осмотр со сбором жалоб, анамнеза, проведено физикальное обследование пациента	Да/Нет
4.	Выполнено указание в медицинской документации временного интервала от момента обращения за медицинской помощью до начала реперфузионного лечения	Да/Нет
5.	Выполнено введение лекарственных препаратов для тромболитической терапии не позднее 10 минут от момента установления диагноза в первые 12 часов от начала развития ИМпST при невозможности выполнения первичного чрескожного коронарного вмешательства в течение 120 мин от постановки диагноза до введения проводника в инфаркт-связанную артерию и после оценки показаний и противопоказаний к тромболитической терапии	Да/Нет
6.	Выполнена коронарная ангиография и, при необходимости, чрескожное коронарное вмешательство в пределах 2–24 ч после успешной тромболитической терапии, либо пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения инвазивного исследования и инвазивного лечения	Да/Нет
7.	Выполнено в максимально короткие сроки чрескожное коронарное вмешательство при неуспешной тромболитической терапии (через 60–90 минут после осуществления тромболитического снижения сегмента ST не превышает 50% в отведения, где элевация сегмента ST была максимальной), при появлении признаков гемодинамической (острая сердечная недостаточность) или электрической (жизнеугрожающие аритмии) нестабильности, при прогрессирующей ишемии миокарда или нестихающей боли в груди, либо пациент направлен в	Да/Нет

	специализированную медицинскую организацию для срочного проведения инвазивного исследования и лечения	
8.	Выполнено первичное чрескожное коронарное вмешательство, когда время от постановки диагноза до введения проводника в инфаркт-связанную артерию не превышает 120 мин в первые 12 часов от начала развития ИМпST, или в срок от 12 до 48 часов после начала заболевания, или в более поздние сроки в случаях, когда сохраняется и/или возобновляется ишемия миокарда, отмечается гемодинамическая (острая сердечная недостаточность) или электрическая (жизнеугрожающие аритмии) нестабильность, либо пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для срочного проведения инвазивного исследования и лечения	Да/Нет
9.	Выполнено первичное чрескожное коронарное вмешательство в стационаре с возможностью его проведения в интервале времени от постановки/подтверждения диагноза до введения проводника в инфаркт-связанную артерию менее 60 минут	Да/Нет
10.	Выполнено исследование уровня сердечного тропонина I или T в крови (при неинформативности первого исследования оно выполнено повторно)	Да/Нет
11.	Выполнена эхокардиография с оценкой фракции выброса левого желудочка, оптимально в первые сутки госпитализации	Да/Нет
12.	Выполнено катетеризация артериального русла через лучевую артерию, либо через иную артерию с указанием причины невозможности использования радиального доступа при проведении коронарной ангиографии и чрескожного коронарного вмешательства	Да/Нет
13.	Выполнено лечение ингибитором ангиотензинпревращающего фермента или антагонистом рецепторов ангиотензина после оценки риска у пациентов с фракцией выброса левого желудочка $\leq 40\%$	Да/Нет
14.	Выполнено лечение бета-адреноблокатором после оценки риска	Да/Нет
15.	Выполнено лечение высокой дозой ингибитора ГМГ-КоА-А редуктазы (статины) после оценки риска	Да/Нет
16.	Выполнено лечение ацетилсалициловой кислотой перорально в сочетании с ингибитором P2Y ₁₂ -рецептора тромбоцитов перорально и парентеральным антикоагулянтом с последующим переходом на комбинированный прием ацетилсалициловой кислоты перорально с ингибитором P2Y ₁₂ -рецептора тромбоцитов перорально для пациентов с показаниями к длительному применению антикоагулянтов, или на комбинированное лечение пероральным антикоагулянтом (апиксабан, дабигатрана этексилат, ривароксабан, эдоксабан или антагонист витамина K) ацетилсалициловой кислотой внутрь с антиагрегантом (клопидогрелом, тикагрелором или ацетилсалициловой кислотой) после оценки риска	Да/Нет
17.	Выполнено определение сроков этапной реваскуляризации миокарда у пациентов с сохраняющимися гемодинамически значимыми стенозами коронарных артерий	Да/Нет

2.9.9.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной 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, Q24.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка предтестовой вероятности ишемической болезни сердца (при первичной постановке диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при первичной постановке диагноза и 1 раз в 12 месяцев)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, креатинин, глюкоза) (при первичной постановке диагноза и 1 раз в 12 месяцев)	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический (общий холестерин, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды)	Да/Нет

	(при первичной постановке диагноза и 1 раз в 12 месяцев)	
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при первичной постановке диагноза и 1 раз в 12 месяцев)	Да/Нет
6.	Выполнена эхокардиография (при первичной постановке диагноза и 1 раз в 12 месяцев)	Да/Нет
7.	Выполнена оценка ишемии миокарда с помощью одного из неинвазивных методов диагностики (при невозможности выполнения дано направление в медицинскую организацию, имеющую условия для выполнения диагностического исследования) (при первичной постановке диагноза при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
8.	Назначена антиангинальная терапия, в том числе комбинированная, в соответствии с алгоритмом, при отсутствии медицинских противопоказаний (на плановом визите, если ранее не было сделано)	Да/Нет
9.	Назначена антитромботическая терапия (ингибитором агрегации тромбоцитов), или комбинированная антитромботическая терапия у пациентов с высоким ишемическим риском и низким риском кровотечений, или только терапия антикоагулянтам (при отсутствии медицинских противопоказаний) (на плановом визите, если ранее не было сделано)	Да/Нет
10.	Назначено лечение ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента или антагонистами рецепторов ангиотензина II, как минимум у пациентов с фракцией выброса левого желудочка $\leq 40\%$, сердечной недостаточностью, артериальной гипертензией, хронической болезни почек, при сахарном диабете и бета-адреноблокаторы при АГ, ХСН, нарушениях ритма в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний (на плановом визите, если ранее не было сделано)	Да/Нет
11.	Назначено лечение статинами, при недостижении целевого уровня ХсЛНП ($<1,4$ ммоль/л) и его снижения на 50% от исходного - увеличение дозы статинов или комбинированная терапия (с эзетимибом и/или препаратом из группы другие гиполипидемические средства (ингибиторы PCSK9, инклисиран)) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (на плановом визите, если ранее не было сделано)	Да/Нет
12.	Выполнено направление на коронарографию и/или реваскуляризацию миокарда пациенту с тяжелой стабильной стенокардией (ФК III–IV) или с клинико-инструментальными признаками высокого риска сердечно-сосудистых осложнений, несмотря на проводимую медикаментозную терапию (на плановом визите, если ранее не было сделано)	Да/Нет

2.9.9.2. 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, Q24.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при первичной постановке диагноза и 1 раз в 12 месяцев)	Да/Нет
2.	Выполнена эхокардиография (при первичной постановке диагноза и 1 раз в 12 месяцев)	Да/Нет
3.	Выполнена стратификация риска сердечно-сосудистых осложнений с помощью с использованием неинвазивного визуализирующего стресс-теста (при невозможности выполнения дано направление в медицинскую организацию, имеющую условия для выполнения диагностического исследования) (при отсутствии противопоказаний при ухудшении симптоматики заболевания)	Да/Нет
4.	Выполнена антиангинальная терапия, в том числе комбинированная, в соответствии с алгоритмом, при отсутствии медицинских противопоказаний	Да/Нет
5.	Выполнена антитромботическая терапия (ингибитором агрегации тромбоцитов), или комбинированная антитромботическая терапия у пациентов с высоким	Да/Нет

	ишемическим риском и низким риском кровотечений, или только терапия антикоагулянтам (при отсутствии медицинских противопоказаний)	
6.	Выполнено лечение ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента или антагонистами рецепторов ангиотензина II, как минимум у пациентов с фракцией выброса левого желудочка $\leq 40\%$, сердечной недостаточностью, артериальной гипертензии, хронической болезни почек, при сахарном диабете и бета-адреноблокаторы при АГ, ХСН, нарушениях ритма в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний	Да/Нет
7.	Выполнено лечение статинами, при недостижении целевого уровня ХсЛНП ($<1,4$ ммоль/л) и его снижения на 50% от исходного - увеличение дозы статинов или комбинированная терапия (с эзетимибом и/или препаратом из группы другие гиполипидемические средства (ингибиторы PCSK9, инклисиран)) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнены коронарография и реваскуляризация миокарда у пациента с тяжелой стабильной стенокардией (ФК III–IV) или с клинико-инструментальными признаками высокого риска сердечно-сосудистых осложнений, несмотря на проводимую медикаментозную терапию (если ранее не было сделано)	Да/Нет

2.9.10.1. 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.	Выполнена регистрация, расшифровка и интерпретация электрокардиограммы в течение 10 минут от прибытия бригады скорой медицинской помощи к пациенту, либо в течение 10 минут от начала оказания специализированной медицинской помощи	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-терапевта или врача-кардиолога или фельдшера, проведен осмотр со сбором жалоб, анамнеза, проведено физикальное обследование пациента	Да/Нет
3.	Выполнена постановка на диспансерное наблюдение в течение 3 рабочих дней после выписки из стационара	Да/Нет
4.	Выполнена программа кардиологической реабилитации	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови не реже 1 раза в год	Да/Нет
6.	Выполнен биохимический общетерапевтический анализ крови (с расчетом скорости клубочковой фильтрации) не реже 1 раза в год	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня холестерина липопротеидов низкой плотности не реже 2 раз в год	Да/Нет
8.	Выполнена регистрация, расшифровка и интерпретация электрокардиограммы не реже 1 раза в год	Да/Нет
9.	Выполнена трансэзофагеальная эхокардиография с оценкой фракции выброса левого желудочка не реже 1 раза в год	Да/Нет
10.	Назначено лечение ацетилсалициловой кислотой в сочетании с ингибитором P2Y ₁₂ рецепторов тромбоцитов (клопидогрел, тикагрелор или прасутрел), или терапия пероральным антикоагулянтом (апиксабан, дабигатрана этексилат, ривароксабан, эдоксабан или антагонист витамина К) в сочетании с антиагрегантом (клопидогрел, тикагрелор или ацетилсалициловая кислота) после оценки риска, или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для назначения и коррекции лечения	Да/Нет
11.	Назначено лечение высокой дозой ингибитора ГМГ-КоА-редуктазы (статином); при недостижении целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности ($<1,4$ ммоль/л) или при отсутствии его снижения на 50% от исходного уровня увеличена доза ингибитора ГМГ-КоА редуктазы (статина) или назначена комбинированная гиполипидемическая терапия (с добавлением эзетимиба и/или	Да/Нет

	эволокумаба или алирокумаба или инклизурана) после оценки риска, либо пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для коррекции лечения	

2.9.10.2. 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 регистрация, расшифровка и интерпретация электрокардиограммы в течение 10 минут от прибытия бригады скорой медицинской помощи к пациенту, либо в течение 10 минут от начала оказания специализированной медицинской помощи	Да/Нет
2.	Выполнена госпитализация в специализированный стационар (в региональный сосудистый центр, в кардиологическое отделение с палатой реанимации и интенсивной терапии для пациентов с острым коронарным синдромом (первичное сосудистое отделение для острого коронарного синдрома))	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-терапевта или врача-кардиолога или фельдшера, проведен осмотр со сбором жалоб, анамнеза, проведено физикальное обследование пациента	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня сердечного тропонина I или T в крови (при неинформативности первого исследования оно выполнено повторно)	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография с оценкой фракции выброса левого желудочка	Да/Нет
6.	Выполнена оценка риска неблагоприятного исхода, на основании которой выбрана и реализована одна из стратегий лечения в стационаре: 1) проведение коронароангиографии в первые 2 часа после госпитализации; 2) проведение коронароангиографии в первые 24 часа после госпитализации; 3) проведение коронароангиографии в течение госпитализации; 4) первоначальное неинвазивное лечение, либо пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения инвазивной диагностики и лечения коронарных артерий	Да/Нет
7.	Выполнено лечение ингибитором ангиотензинпревращающего фермента или антагонистом рецепторов ангиотензина после оценки риска у пациентов с фракцией выброса левого желудочка $\leq 40\%$, с симптомами сердечной недостаточности, при сопутствующей артериальной гипертензии, при сопутствующей хронической болезни почек, при сопутствующем сахарном диабете	Да/Нет
8.	Выполнено лечение бета-адреноблокатором перорально после оценки риска пациентам с фракцией выброса левого желудочка $\leq 40\%$	Да/Нет
9.	Выполнено лечение высокой дозой ингибитора ГМГ-КоА-А редуктазы (статины) после оценки риска	Да/Нет
10.	Выполнено лечение ацетилсалициловой кислотой перорально в сочетании с лечением ингибитора P2Y12-рецептора тромбоцитов внутрь и парентеральным антикоагулянтом с последующим переходом на комбинированный прием ацетилсалициловой кислоты перорально с ингибитором P2Y12-рецептора тромбоцитов внутрь для пациентов с показаниями к длительному применению антикоагулянтов, или на комбинированное лечение пероральным антикоагулянтом (апиксабан, дабигатран этексилат, ривароксабан, эдоксабан или антагонист витамина K) ацетилсалициловой кислотой перорально с антиагрегантом (клопидогрелом, тикагрелором или ацетилсалициловой кислотой) после оценки риска	Да/Нет
11.	Выполнено определение сроков этапной реваскуляризации миокарда у пациентов с сохраняющимися гемодинамически значимыми стенозами коронарных артерий	Да/Нет
12.	Выполнена программа кардиологической реабилитации	Да/Нет
13.	Выполнено лечение высокой дозой ингибитора ГМГ-КоА-редуктазы (статином); при недостижении целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности	Да/Нет

	($<1,4$ ммоль/л) или при отсутствии его снижения на 50% от исходного уровня увеличена доза ингибитора ГМГ-КоА редуктазы (статины) или назначена комбинированная гиполипидемическая терапия (с добавлением эзетимиба и/или эволокумаба или алирокумаба или инклизурана) после оценки риска, либо пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для коррекции лечения	

2.9.11.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хронической сердечной недостаточности (коды по МКБ - 10: I50.0, I50.1, I50.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена ЭКГ в 12 отведениях при обращении не менее одного раза в год и при острой декомпенсации	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки при обращении не менее одного раза в год и при острой декомпенсации	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография при обращении не менее одного раза в год и при острой декомпенсации	Да/Нет
4.	Выполнен биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, расчетная скорость клубочковой фильтрации, калий, натрий, альбумин, глюкоза, билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза) при обращении не менее одного раза в год и при острой декомпенсации	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови, при обращении не менее одного раза в год и при острой декомпенсации	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи, при обращении не менее одного раза в год и при острой декомпенсации	Да/Нет
7.	Выполнено определение уровня натрийуретических пептидов (мозгового натрийуретического пептида/N-концевого фрагмента прогормона мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) при первичной постановке диагноза ХСН и при острой декомпенсации	Да/Нет
8.	Назначено лечение ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента/валсартаном+сакубитрилом, бета-адреноблокаторами антагонистами альдостерона и дапаглифлозином/эмпаглифлозином или проведена коррекция их дозы (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Назначено лечение пероральными диуретиками при признаках задержки жидкости (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.9.11.2. 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.	Выполнена ЭКГ в 12 отведениях при обращении не менее одного раза в год и при острой декомпенсации	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки при обращении не менее одного раза в год и при острой декомпенсации	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография при обращении не менее одного раза в год и при острой декомпенсации	Да/Нет
4.	Выполнен биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, расчетная скорость клубочковой фильтрации, калий, натрий, альбумин, глюкоза, билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза) при обращении не менее одного раза в год и при острой декомпенсации	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови, при обращении не менее одного раза в год и при острой декомпенсации	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи, при обращении не менее одного	Да/Нет

	раза в год и при острой декомпенсации	
7.	Выполнено определение уровня натрийуретических пептидов (мозгового натрийуретического пептида/N-концевого фрагмента прогормона мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) при первичной постановке диагноза ХСН и при острой декомпенсации	Да/Нет
8.	Выполнено лечение петлевыми диуретиками, при необходимости - вазодилататорами и/или инотропными препаратами и/или вазопрессорами при острой декомпенсации сердечной недостаточности (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено лечение ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента / валсартаном+сакубитрилом, бета-адреноблокаторами антагонистами альдостерона и дапаглифлозином/эмпаглифлозином или проведена коррекция их дозы (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнено лечение пероральными диуретиками при признаках задержки жидкости (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.9.12.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при брадиаритмиях 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.	Выполнен осмотр со сбором жалоб, анамнеза, проведено физикальное обследование пациента	Да/Нет
2.	Выполнена регистрация электрокардиограммы в 12 отведениях	Да/Нет
3.	Выполнено длительное мониторирование сердечного ритма с использованием кардиомонитора, выбранного на основе частоты, характера симптомов, а также предпочтения пациента	Да/Нет
4.	Выполнена трансторакальная эхокардиография пациентам с брадикардией или нарушениями проводимости (блокада левой ножки пучка Гиса и предсердно-желудочковая блокада II степени Мобитц II, предсердно-желудочковая блокада высокой степени или предсердно-желудочковая блокада III степени) при подозрении на структурное заболевание сердца или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения исследования	Да/Нет
5.	Выполнено тестирование работы электрокардиостимулятора после его имплантации дважды в течение 6 месяцев, затем не реже 1 раза в год, пациентам с двухкамерными электрокардиостимуляторами после имплантации — дважды в течение 6 месяцев, затем не реже 1 раза в год, или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для тестирования электрокардиостимулятора	Да/Нет
6.	Выполнена постановка на диспансерное наблюдение врачом-кардиологом при наличии имплантированного электронного искусственного водителя сердечного ритма, при наличии брадиаритмии и нарушениях внутрисердечной проводимости, связанных с высоким риском смерти	Да/Нет

2.9.12.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при брадиаритмиях 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.	Выполнен осмотр со сбором жалоб, анамнеза, проведено физикальное обследование пациента	Да/Нет

2.	Выполнена регистрация электрокардиограммы в 12 отведениях	Да/Нет
3.	Выполнено длительное мониторирование сердечного ритма с использованием кардиомонитора, выбранного на основе частоты, характера симптомов, а также предпочтения пациента	Да/Нет
4.	Выполнена трансторакальная эхокардиография пациентам с брадикардией или нарушениями проводимости (блокада левой ножки пучка Гиса и предсердно-желудочковая блокада II степени Мобитц II, предсердно-желудочковая блокада высокой степени или предсердно-желудочковая блокада III степени) при подозрении на структурное заболевание сердца или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения исследования	Да/Нет
5.	Выполнена имплантация постоянного электрокардиостимулятора с обеспечением однокамерной или двухкамерной стимуляции сердца для устранения брадикардии и ее клинической симптоматики при отсутствии обратимости или при отсутствии физиологического характера брадикардии, или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения имплантации	Да/Нет
6.	Выполнено тестирование работы электрокардиостимулятора после его имплантации дважды в течение 6 месяцев, затем не реже 1 раза в год, пациентам с двухкамерными электрокардиостимуляторами после имплантации — дважды в течение 6 месяцев, затем не реже 1 раза в год, или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для тестирования электрокардиостимулятора	Да/Нет

2.9.13.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при желудочковых нарушениях ритма. Желудочковых тахикардиях и внезапной сердечной смерти (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.	Выполнено ЭКГ-исследование покоя в 12-ти отведениях и/или холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ-ЭКГ) пациентам при прохождении обследования на предмет выявления желудочковых аритмий (ЖА)	Да/Нет
2.	Выполнено эхокардиографическое исследование для оценки функции ЛЖ и выявления структурной патологии сердца у пациента с ЖА	Да/Нет
3.	Назначено лечение бета-адреноблокаторами в лечении всех категорий пациентов со структурным поражением миокарда/дисфункцией ЛЖ, имеющих повышенный риск ВСС и нуждающихся в её первичной или вторичной профилактике (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.9.13.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при желудочковых нарушениях ритма. Желудочковых тахикардиях и внезапной сердечной смерти (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.	Выполнено направление на консультацию к врачу, специализирующемуся на диагностике и лечении нарушений ритма сердца (кардиологу, сердечно-сосудистому хирургу, врачу рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения) для решения вопроса о необходимости выполнения катетерной абляции при повторных срабатываниях/шоках ИКД вследствие устойчивой ЖТ и неэффективности или невозможности антиаритмической терапии	Да/Нет
2.	Выполнено направление на консультацию к врачу, специализирующемуся на диагностике и лечении нарушений ритма сердца (кардиологу, сердечно-сосудистому хирургу, врачу рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения) или в специализированный кардиологический центр для решения вопроса о необходимости имплантации ИКД при сохраняющейся дисфункции левого	Да/Нет

	желудочка (ФВЛЖ – 35% и менее) и сердечной недостаточности (II или III ФК по NYHA), по истечении 40 дней после инфаркта миокарда	

2.9.14.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при миокардитах (коды по МКБ - 10: I40, I41, I51.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-терапевта или врача-кардиолога осмотр со сбором жалоб, анамнеза, проведено физикальное обследование пациента	Да/Нет
2.	Выполнено исследование скорости оседания эритроцитов	Да/Нет
3.	Выполнено определение уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня тропонина Т или тропонина I в крови	Да/Нет
5.	Выполнено определение концентрации N-терминального фрагмента натрийуретического пропептида мозгового (NT-proBNP)	Да/Нет
6.	Выполнена трансторакальная эхокардиография или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения исследования	Да/Нет
7.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
8.	Выполнена регистрация электрокардиограммы в 12 отведениях	Да/Нет
9.	Выполнено 24-часовое мониторирование электрокардиограммы	Да/Нет
10.	Выполнена магнитно-резонансная томография сердца с контрастным усилением или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследования	Да/Нет
11.	Назначена иммуносупрессивная терапия глюкокортикоидами или иммунодепрессантами (при доказанных аутоиммунных (вирус-негативных) формах миокардита)	Да/Нет
12.	Выполнена постановка на диспансерное наблюдение при установленном диагнозе «перенесенный острый миокардит» или «подострый миокардит» или «хронический активный миокардит»	Да/Нет

2.9.14.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при миокардитах (коды по МКБ - 10: I40, I41, I51.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-терапевта или врача-кардиолога осмотр со сбором жалоб, анамнеза, проведено физикальное обследование пациента	Да/Нет
2.	Выполнено исследование скорости оседания эритроцитов	Да/Нет
3.	Выполнено определение уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня тропонина Т или тропонина I в крови	Да/Нет
5.	Выполнено определение концентрации N-терминального фрагмента натрийуретического пропептида мозгового (NT-proBNP)	Да/Нет
6.	Выполнена трансторакальная эхокардиография или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения исследования	Да/Нет
7.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
8.	Выполнена регистрация электрокардиограммы в 12 отведениях	Да/Нет
9.	Выполнено 24-часовое мониторирование электрокардиограммы	Да/Нет
10.	Выполнена коронароангиография для исключения ишемической болезни сердца или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследования	Да/Нет
11.	Выполнена магнитно-резонансная томография сердца с контрастным усилением или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследования	Да/Нет
12.	Выполнена эндомиокардиальная биопсия с патолого-анатомическим исследованием биопсийного материала с применением иммуногистохимических	Да/Нет

	методов и вирусологического методов гемодинамически нестабильному пациенту с симптомами сердечной недостаточности продолжительностью менее 2 недель с нормальным или расширенным левым желудочком сердца, пациенту с впервые возникшими симптомами сердечной недостаточности продолжительностью от 2 недель до 3 месяцев с расширенным левым желудочком сердца, пациенту с рецидивирующими желудочковыми аритмиями, пациенту с атриовентрикулярной блокадой II-III степени, пациенту с отсутствием эффективности проводимого лечения в течение 1–2 недель или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения данного исследования	
13.	Выполнена иммуносупрессивная терапия глюкокортикоидами или иммунодепрессантами (при доказанных аутоиммунных (вирус-негативных) формах миокардита	Да/Нет

2.9.15.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при наджелудочковых тахикардиях (коды по МКБ - 10: I47.1, I47.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев.	Да/Нет
2.	Выполнены исследования уровня креатинина, натрия, калия, глюкозы, общего белка, С-реактивного белка, активности АСТ и АЛТ, общего билирубина, мочевой кислоты, тиреотропного гормона в крови при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев.	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация ЭКГ в 12-ти отведениях и/или холтеровское мониторирование (суточное или многосуточное) и/или выполнена регистрация (анализ данных) электрокардиосигнала с помощью носимого или имплантируемого «регистратора событий» при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев.	Да/Нет
4.	Выполнено трансторакальное эхокардиографическое исследование при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев.	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация ЭКГ при восстановлении синусового ритма у пациентов с наджелудочковой тахикардией с целью перманентного контроля эффективности и безопасности лечения.	Да/Нет
6.	Выполнены последовательно при наличии показаний вагусные приемы и/или внутривенное введение трифосаденина и/или внутривенное введение антиаритмических препаратов для восстановления синусового ритма или контроля частоты сердечных сокращений в соответствии с характером наджелудочковой тахикардии.	Да/Нет
7.	Назначена антиаритмическая терапия в соответствии с характером наджелудочковой тахикардии при наличии показаний	Да/Нет
8.	Назначена антикоагулянтная терапия пациентам с трепетанием предсердий при наличии по шкале CHA2DS2-VASc у мужчин ≥ 2 баллов, у женщин ≥ 3 баллов	Да/Нет

2.9.15.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при наджелудочковых тахикардиях (коды по МКБ - 10: I47.1, I47.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев.	Да/Нет

2.	Выполнены исследования уровня креатинина, натрия, калия, глюкозы, общего белка, С-реактивного белка, активности АСТ и АЛТ, общего билирубина, мочевой кислоты, тиреотропного гормона в крови при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев.	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация ЭКГ в 12-ти отведениях и/или холтеровское мониторирование (суточное или многосуточное) и/или выполнена регистрация (анализ данных) электрокардиосигнала с помощью носимого или имплантируемого «регистратора событий» при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев.	Да/Нет
4.	Выполнено трансторакальное эхокардиографическое исследование при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев.	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация ЭКГ при восстановлении синусового ритма у пациентов с наджелудочковой тахикардией с целью перманентного контроля эффективности и безопасности лечения.	Да/Нет
6.	Выполнена синхронизированная электроимпульсная терапия при гемодинамически нестабильной наджелудочковой тахикардии.	Да/Нет
7.	Выполнены последовательно при наличии показаний вагусные приемы и/или внутривенное введение трифосаденина и/или внутривенное введение антиаритмических препаратов для восстановления синусового ритма или контроля частоты сердечных сокращений в соответствии с характером наджелудочковой тахикардии.	Да/Нет
8.	Выполнена антиаритмическая терапия в соответствии с характером наджелудочковой тахикардии при наличии показаний	Да/Нет
9.	Выполнена антикоагулянтная терапия пациентам с трепетанием предсердий при наличии по шкале CHA2DS2-VASc у мужчин ≥ 2 баллов, у женщин ≥ 3 баллов	Да/Нет
10.	Выполнена катетерная абляция наджелудочковой тахикардии в качестве первого выбора или при неэффективности антиаритмической терапии в соответствии с характером аритмии	Да/Нет

2.9.16.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при фибрилляции и трепетании предсердий у взрослых (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 прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога или врача-терапевта первичный со сбором жалоб, анамнеза и физикальным исследованием	Да/Нет
2.	Выполнена регистрация электрокардиограммы, расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	Да/Нет
3.	Выполнено холтеровское мониторирование электрокардиограммы или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения холтеровского мониторирования электрокардиограммы	Да/Нет
4.	Выполнен развернутый общий (клинический) анализ крови и анализ крови биохимический общетерапевтический при установлении диагноза фибрилляции и трепетании предсердий и выполнен расчет клиренса креатинина по формуле Кокрофта-Голта перед назначением пероральных антикоагулянтов.	Да/Нет
5.	Выполнена трансторакальная эхокардиография при установлении диагноза фибрилляции и трепетания предсердий или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения исследования	Да/Нет
6.	Выполнено уточнение формы и варианта фибрилляции предсердий, трепетания предсердий в диагнозе: впервые выявленное заболевание, пароксизмальная форма, персистирующая форма, длительно персистирующая форма, постоянная форма (в	Да/Нет

	зависимости от частоты сердечных сокращений и тяжести клинических проявлений)	
7.	Выполнена и вынесена в диагноз оценка риска тромбоэмболических осложнений согласно шкале CHA2DS2-VASc у больного с неклапанной фибрилляцией/трепетанием предсердий	Да/Нет
8.	Выполнен поиск обратимых факторов риска развития фибрилляции/трепетания предсердий (лихорадка, гипокалиемия, тиреотоксикоз, эмоциональный стресс, алкоголь, артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение, декомпенсация хронической сердечной недостаточности) и даны рекомендации по их коррекции	Да/Нет
9.	Выполнена антикоагулянтная терапия пациентам с фибрилляцией/трепетанием предсердий и высоким риском тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc (≥ 3 баллов у женщин и ≥ 2 баллов у мужчин): ингибитором тромбина прямого (дабигатрана этексилат) или одним из прямых ингибиторов фактора Ха (апиксабан или ривароксабан или эдоксабан) с обоснованием выбранной дозы или с назначением антагониста витамина К с указанием необходимости лабораторного контроля величины международного нормализованного отношения	Да/Нет
10.	Назначено лечение антагонистами витамина К и даны рекомендации по лабораторному контролю международного нормализованного отношения пациентам с фибрилляцией/трепетанием предсердий и митральным стенозом умеренной или тяжелой степени или при наличии механических протезов клапанов сердца	Да/Нет
11.	Выполнен после обсуждения с пациентом выбор стратегии лечения фибрилляции/трепетания предсердий: снижение частоты сокращений желудочков на фоне сохраняющейся фибрилляции/трепетания предсердий («контроль частоты») или длительное сохранение синусового ритма («контроль ритма сердца»). Обсужден с пациентом вопрос об интервенционном лечении заболевания (выполнение криоабляции аритмогенных зон или радиочастотной абляции аритмогенных зон). В соответствии с выбором назначено соответствующее лечение.	Да/Нет
12.	Выполнена постановка на диспансерное наблюдение врачом кардиологом, врачом терапевтом	Да/Нет

2.9.16.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при фибрилляции и трепетании предсердий у взрослых (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 прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога или врача-терапевта первичный со сбором жалоб, анамнеза и физикальным исследованием	Да/Нет
2.	Выполнена регистрация электрокардиограммы, расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	Да/Нет
3.	Выполнено холтеровское мониторирование электрокардиограммы или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения холтеровского мониторирования электрокардиограммы	Да/Нет
4.	Выполнен развернутый общий (клинический) анализ крови и анализ крови биохимический общетерапевтический при установлении диагноза фибрилляции и трепетании предсердий и выполнен расчет клиренса креатинина по формуле Кокрофта-Голта перед назначением пероральных антикоагулянтов.	Да/Нет
5.	Выполнена трансторакальная эхокардиография при установлении диагноза фибрилляции и трепетания предсердий или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения исследования	Да/Нет
6.	Выполнено уточнение формы и варианта фибрилляции предсердий, трепетания предсердий в диагнозе: впервые выявленное заболевание, пароксизмальная форма, персистирующая форма, длительно персистирующая форма, постоянная форма	Да/Нет

7.	Выполнена и вынесена в диагноз оценка риска тромбоэмболических осложнений согласно шкале CHA2DS2-VASc у больного с неклапанной фибрилляцией/трепетанием предсердий	Да/Нет
8.	Выполнен поиск обратимых факторов риска развития фибрилляции/трепетания предсердий (лихорадка, гипокалиемия, тиреотоксикоз, эмоциональный стресс, алкоголь, артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение, декомпенсация хронической сердечной недостаточности) и даны рекомендации по их коррекции	Да/Нет
9.	Выполнено назначение антикоагулянтной терапии пациентам с фибрилляцией/трепетанием предсердий и высоким риском тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc (≥ 3 баллов у женщин и ≥ 2 баллов у мужчин): ингибитором тромбина прямого (дабигатрана этексилат) или одним из прямых ингибиторов фактора Ха (апиксабан или ривароксабан или эдоксабан) с обоснованием выбранной дозы или назначение антагониста витамина К с указанием необходимости лабораторного контроля величины международного нормализованного отношения	Да/Нет
10.	Выполнено лечение антагонистами витамина К и даны рекомендации по лабораторному контролю международного нормализованного отношения пациентам с фибрилляцией/трепетанием предсердий и митральным стенозом умеренной или тяжелой степени или при наличии механических протезов клапанов сердца	Да/Нет
11.	Выполнен после обсуждения с пациентом выбор стратегии лечения фибрилляции/трепетания предсердий: снижение частоты сокращений желудочков на фоне сохраняющейся фибрилляции/трепетания предсердий («контроль частоты») или длительное сохранение синусового ритма («контроль ритма сердца»). Обсужден с пациентом вопрос об интервенционном лечении заболевания (выполнение криоабляции аритмогенных зон или радиочастотной абляции аритмогенных зон). В соответствии с выбором назначено соответствующее лечение.	Да/Нет

2.9.17.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при митральной недостаточности (коды по МКБ - 10: I34.0, I34.1, I34.8, I34.9, I05.1, I05.2, I05.8, Q23.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
3.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
4.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы (при диспансерном наблюдении не реже 1 раза в год)	Да/Нет
6.	Выполнен биохимический анализ крови	Да/Нет

2.9.17.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при митральной недостаточности (коды по МКБ - 10: I34.0, I34.1, I34.8, I34.9, I05.1, I05.2, I05.8, Q23.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при планировании хирургического лечения и перед выпиской из стационара)	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография (при планировании и/или выполнении)	Да/Нет

	хирургического лечения и перед выпиской из стационара)	
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы (при планировании хирургического лечения и/или перед выпиской из стационара)	Да/Нет
5.	Выполнен биохимический анализ крови	Да/Нет
6.	Выполнена коронарная ангиография или оценена ранее выполненная (не позднее 6 месяцев) при планировании хирургического лечения (пациентам старше 40 лет, при анамнезе и/или симптомах ИБС, при наличии признаков ишемии миокарда, при снижении ФВ ЛЖ <50%, при наличии одного и более факторов риска ИБС и/или постлучевом поражении)	Да/Нет
7.	Выполнено вмешательство на митральном клапане (реконструкция клапана, или протезирование, или эндоваскулярное) в случае наличия соответствующих показаний и отсутствия противопоказаний	Да/Нет

2.9.18.1. 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 (калий, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, креатинин, глюкоза) при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев.	Да/Нет
2.	Выполнена регистрация электрокардиограммы при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев.	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев.	Да/Нет
4.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев.	Да/Нет
5.	Выполнена стратификация материнского риска с использованием модифицированной классификации ВОЗ материнского риска беременным пациенткам	Да/Нет
6.	Выполнена стратификация риска по шкале HCM Risk-SCD, по результатам стратификации при наличии медицинских показаний к имплантации ИКД выполнена консультация (направлен на консультацию) врача-кардиолога и/или врача-сердечно-сосудистого хирурга.	Да/Нет
7.	Назначено лечение бета-адреноблокаторами или блокаторами кальциевых каналов и/или ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента или антагонистами рецепторов ангиотензина II или диуретиками (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнена постановка пациента на диспансерное наблюдение	Да/Нет

2.9.18.2. 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 (калий, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, креатинин, глюкоза) при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев.	Да/Нет
2.	Выполнена регистрация электрокардиограммы при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев.	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография при первичном обращении и динамическом	Да/Нет

	наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев.	
4.	Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев.	Да/Нет
5.	Выполнена стратификация материнского риска с использованием модифицированной классификации ВОЗ материнского риска беременным пациенткам	Да/Нет
6.	Выполнена стратификация риска по шкале HCM Risk-SCD, по результатам стратификации при наличии медицинских показаний к имплантации ИКД выполнена консультация (направлен на консультацию) врача-кардиолога и/или врача-сердечно-сосудистого хирурга.	Да/Нет
7.	Выполнено лечение бета-адреноблокаторами или блокаторами кальциевых каналов и/или ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента или антагонистами рецепторов ангиотензина II или диуретиками (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.10. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

2.10.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при острых респираторных вирусных инфекциях (ОРВИ) у взрослых (коды по МКБ - 10: J00 - J06, J20 - J22, B34.0, B34.2, B34.9, B97.0, B97.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста / врача терапевта/участкового врача/ врача общей практики (первичный)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки, ротоглотки на вирус гриппа (Influenza virus) / иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на вирусы гриппа А и В	Да/Нет
4.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки, ротоглотки на SARS-CoV-2 / иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на SARS-CoV-2	Да/Нет
5.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
6.	Выполнена прицельная рентгенография и/или компьютерная томография органов грудной клетки (пациентам с явлениями бронхита и наличием физикальных признаков поражения легочной ткани)	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография придаточных пазух носа (пациентам с явлениями синусита, фронтита, отита)	Да/Нет
8.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (пациентам с тяжелым течением ОРВИ)	Да/Нет
9.	Назначено патогенетическое и симптоматическое лечение	Да/Нет

2.10.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при острых респираторных вирусных инфекциях (ОРВИ) у взрослых (коды по МКБ - 10: J00 - J06, J20 - J22, B34.0, B34.2, B34.9, B97.0, B97.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста / врача терапевта/участкового врача/ врача общей практики (первичный)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой	Да/Нет

	оболочки носоглотки, ротоглотки на вирус гриппа (Influenza virus) / иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на вирусы гриппа А и В	
4.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки, ротоглотки на SARS-CoV-2 / иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на SARS-CoV-2	Да/Нет
5.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
6.	Выполнена прицельная рентгенография и/или компьютерная томография органов грудной клетки (пациентам с явлениями бронхита и наличием физикальных признаков поражения легочной ткани)	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография придаточных пазух носа (пациентам с явлениями синусита, фронтита, отита)	Да/Нет
8.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (пациентам с тяжелым течением ОРВИ)	Да/Нет
9.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-анестезиолога-реаниматолога первичный (пациентам с ЧД >25 в 1 мин, SpO2 < 92%)	Да/Нет
10.	Выполнено патогенетическое и симптоматическое лечение	Да/Нет
11.	Выполнено лечение глюкокортикостероидами (при тяжелом течении)	Да/Нет
12.	Выполнено достижение нормализации температуры тела, купирования респираторно-катарального синдрома, нормализации показателей общего анализа крови (критерии выписки из стационара)	Да/Нет

2.10.2.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при острой респираторной вирусной инфекции (коды по МКБ - 10: J00, J02.9, J04.0, J04.1, J04.2, J06.0, J06.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый при лихорадке и выраженных общих симптомах	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи у всех лихорадящих пациентов без катаральных явлений	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (при повышении температуры тела выше 38,0 С)	Да/Нет
4.	Выполнена элиминационная терапия (промывание полости носа натрия хлоридом или стерильным раствором морской воды) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение деконгестантами для местного применения (сосудосуживающие капли в нос) коротким курсом не более 5 дней (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.10.3.1. 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.	Назначено лечение антибактериальными препаратами системного действия (пациентам с рецидивирующей формой острого риносинусита и пациентам с диагностированным иммунодефицитом) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.10.3.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям острым 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 рентгенография придаточных пазух носа и/или компьютерная томография придаточных пазух носа, гортани (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия (пациентам со среднетяжелой, тяжелой формой острого синусита) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое лечение (в случае развития орбитальных или внутричерепных осложнений)	Да/Нет

2.10.4.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при остром тонзиллите и фарингите. (Остром тонзиллофарингите) (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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	Да/Нет
2.	Назначены антибактериальные препараты системного действия (при подтверждении этиологического фактора бета-гемолитического стрептококка группы А или высокой его вероятности) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.10.5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при остром обструктивном ларингите [крупе], эпиглоттите, постинтубационном отеке гортани (коды по МКБ - 10: J05.0, J05.1, J38.4, J38.6) (эпиглоттит)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
3.	Выполнено парентеральное введение антибактериального препарата системного действия	Да/Нет
4.	Выполнено ингаляционное введение кислорода (при сатурации ниже 92%)	Да/Нет
5.	Выполнена интубация трахеи (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет

2.10.6.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при остром обструктивном ларингите [крупе], эпиглоттите, постинтубационном отеке гортани (коды по МКБ - 10: J05.0, J05.1, J38.4, J38.6) (острый обструктивный ларингит [круп])

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена терапия лекарственными препаратами группы глюкокортикоиды для ингаляционного применения) и/или группы кортикостероиды для системного применения (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет

2.10.7.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи при гриппе у взрослых (коды по МКБ - 10: J9, J10, J11)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста или врача терапевта или врача-терапевта участкового врача или врача общей практики (первичный)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки /ротоглотки на вирус гриппа (Influenza virus)/ иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на вирусы гриппа А и В	Да/Нет
4.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки или ротоглотки на SARS-CoV-2/ иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на SARS-CoV-2	Да/Нет
5.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
6.	Выполнена прицельная рентгенография и/или компьютерная томография органов грудной клетки (пациентам с явлениями бронхита и наличием физикальных признаков поражения легочной ткани)	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография придаточных пазух носа (пациентам с явлениями синусита, фронтита, отита)	Да/Нет
8.	Назначены противовирусные препараты прямого действия (не позднее 48 часов от начала заболевания) (занамивир – не позднее 36 часов от начала заболевания)	Да/Нет
9.	Назначено патогенетическое и симптоматическое лечение	Да/Нет

2.10.7.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи при гриппе у взрослых (коды по МКБ - 10: J9, J10, J11)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста или врача терапевта или врача-терапевта участкового врача или врача общей практики (первичный)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки /ротоглотки на вирус гриппа (Influenza virus)/ иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на вирусы гриппа А и В	Да/Нет
4.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки или ротоглотки на SARS-CoV-2/ иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на SARS-CoV-2	Да/Нет
5.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
6.	Выполнена прицельная рентгенография и/или компьютерная томография органов грудной клетки (пациентам с явлениями бронхита и наличием	Да/Нет

	физикальных признаков поражения легочной ткани)	
7.	Выполнена рентгенография придаточных пазух носа (пациентам с явлениями синусита, фронтита, отита)	Да/Нет
8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-анестезиолога-реаниматолога первичный (пациентам с ЧД >25 в 1 мин, SpO2 < 92%)	Да/Нет
9.	Выполнено ингаляторное введение кислорода	Да/Нет
10.	Выполнено лечение противовирусными препаратами прямого действия (при наличии показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнено патогенетическое и симптоматическое лечение	Да/Нет
12.	Выполнено достижение нормализации температуры тела, купирования респираторно-катарального синдрома, нормализации показателей общего анализа крови (критерии выписки из стационара)	Да/Нет

2.10.8.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при внебольничной пневмонии у взрослых (коды по МКБ - 10: J13, J14, J15, J16, J18, J85.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки при установлении диагноза (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования)	Да/Нет
4.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена кислородотерапия у пациентов с SpO2 <92% (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Назначена иммунизация вакциной для профилактики пневмококковых инфекций пациентам с высоким риском развития пневмококковых инфекций	Да/Нет

2.10.8.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при внебольничной пневмонии у взрослых (коды по МКБ - 10: J13, J14, J15, J16, J18, J85.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (определение концентрации в сыворотке крови мочевины, креатинина, общего билирубина, глюкозы, альбумина, натрия, калия, хлоридов, определение активности аспаратаминотрансферазы, активности аланинамино-трансферазы)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня прокальцитонина в сыворотке крови у пациентов при тяжелой пневмонии	Да/Нет
6.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газового состава крови у пациентов с дыхательной недостаточностью (SpO2 < 90% по данным пульсоксиметрии)	Да/Нет
7.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки при установлении диагноза (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования)	Да/Нет
8.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки высокого разрешения при тяжелой внебольничной пневмонии (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования)	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование плевральной полости пациентам с	Да/Нет

	подозрением на наличие параневмонического экссудативного плеврита	
10.	Выполнена оценка прогноза по шкале CURB/CRB-65 или PORT и АТО/АОИБ или SMART-COP	Да/Нет
11.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия не позднее 8 ч с момента установления диагноза (в зависимости от медицинских показаний, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Выполнена кислородотерапия у пациентов с SpO2 <92% (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.10.9.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при пневмонии (внебольничной) (коды по МКБ - 10: J12, J13, J14, J15, J16, J18)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный или прием (осмотр, консультация) врача-педиатра участкового первичный (с оценкой степени дыхательной недостаточности)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый при диагностике	Да/Нет
3.	Выполнена рентгенография легких или рентгенография легких цифровая	Да/Нет
4.	Назначено лечение антибактериальными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.10.9.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при пневмонии (внебольничной) (коды по МКБ - 10: J12; J13, J14; J15; J16; J18)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный или прием (осмотр, консультация) врача-педиатра участкового первичный (с оценкой степени дыхательной недостаточности)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый при диагностике	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня СРБ в сыворотке крови при сомнении в диагнозе пневмонии или ее типа при диагностике	Да/Нет
4.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
5.	Выполнена рентгенография легких или рентгенография легких цифровая (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или не информативности проведенного исследования)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено ингаляционное введение кислорода (при сатурации 92% и менее)	Да/Нет

2.10.10.1. 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 рентгенография легких или рентгенография легких цифровая или прицельная рентгенография органов грудной клетки (при наличии подозрений на пневмонию: при наличии признаков дыхательной недостаточности и/или лихорадке без очага инфекции (при наличии лабораторных маркеров бактериальной инфекции и/или признаков тяжести состояния) и/или наличии локальных и/или асимметричных аускультативных и перкуторных изменений в легких	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный	Да/Нет

	или прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный, или прием (осмотр, консультация) врача-педиатра участкового первичный	
3.	Назначено лечение селективными β 2-адреномиметиками или адренергическими средствами в комбинации с антихолинергическими или антихолинергическими средствами или другими средствами для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей для ингаляционного введения и препараты группы глюкокортикоиды (код АТХ R03BA) (при наличии бронхиальной обструкции, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.10.10.2. 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.	Выполнена рентгенография легких или рентгенография легких цифровая или прицельная рентгенография органов грудной клетки (при наличии подозрений на пневмонию: при наличии признаков дыхательной недостаточности и/или лихорадке без очага инфекции (при наличии лабораторных маркеров бактериальной инфекции и/или признаков тяжести состояния) и/или наличии локальных и/или асимметричных аускультативных и перкуторных изменений в легких	Да/Нет
2.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-педиатром с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара или ежедневный осмотр врачом-пульмонологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнена пульсоксиметрия пациентам с клиническими признаками дыхательной недостаточности с целью контроля уровня сатурации	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (при температуре тела более 38°C)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение селективными B2-адреномиметиками или адренергическими средствами в комбинации с антихолинергическими или антихолинергическими средствами или другими средствами для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей для ингаляционного введения и препараты группы глюкокортикоиды (код АТХ R03BA) (при наличии бронхиальной обструкции, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.10.11.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при остром бронхолите (коды по МКБ - 10: J21.0, J21.1, J21.8, J21.9, B97.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена пульсоксиметрия и/или суточное прикроватное мониторирование жизненных функций и параметров (измерение артериального давления, исследование пульса, измерение частоты дыхания, исследование уровня кислорода крови, определение объема мочи)	Да/Нет
2.	Выполнена оксигенотерапия до достижения сатурации 92% и более (при сатурации менее 92% и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.10.12.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи медицинской помощи взрослым и детям при аллергическом рините (коды по МКБ - 10: J30.1, J30.2, J30.3, J30.4)

№	Критерии оценки качества	Оценка

п/п		выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	Да/Нет
2.	Выполнены кожные исследования реакции на аллергены и/или исследование уровня антител к антигенам растительного, животного и химического происхождения в крови (определение уровня аллерген-специфических IgE антител - при наличии противопоказаний к кожному тестированию или его сомнительных результатах)	Да/Нет
3.	Выполнена терапия антигистаминными средствами системного действия	Да/Нет
4.	Выполнена терапия антигистаминными средствами для местного применения и/или глюкокортикостероидами (назального применения) и/или антагонистами лейкотриеновых рецепторов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.10.12.2. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	Да/Нет
2.	Выполнены кожные исследования реакции на аллергены и/или исследование уровня антител к антигенам растительного, животного и химического происхождения в крови (определение уровня аллерген-специфических IgE антител - при наличии противопоказаний к кожному тестированию или его сомнительных результатах)	Да/Нет
3.	Выполнена терапия антигистаминными средствами системного действия	Да/Нет
4.	Выполнена терапия антигистаминными средствами для местного применения и/или глюкокортикостероидами (назального применения) и/или антагонистами лейкотриеновых рецепторов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.10.13.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при хроническом тонзиллите (коды по МКБ - 10: J31.2, J35.0, J35.8, J35.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	Да/Нет

2.10.13.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при хроническом тонзиллите (коды по МКБ - 10: J31.2, J35.0, J35.8, J35.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-оториноларингологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	Да/Нет
2.	Выполнена двусторонняя тонзиллэктомия	Да/Нет

2.10.14.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при гипертрофии аденоидов, гипертрофии небных миндалин (коды по МКБ - 10: J31.1, J35.1, J35.2, J35.3, J35.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения

1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный.	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография носоглотки (в боковой проекции) и/или эндоскопическая эндоназальная ревизия (диагностическая эндоскопия) полости носа, носоглотки (при установлении диагноза)	Да/Нет

2.10.14.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гипертрофии аденоидов, гипертрофии небных миндалин (коды по МКБ - 10: J31.1, J35.1, J35.2, J35.3, J35.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-оториноларингологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	Да/Нет
2.	Выполнено хирургическое лечение	Да/Нет

2.10.15.2. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при паратонзиллярном абсцессе (коды по МКБ - 10: J36, J39.0, J39.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	Да/Нет
2.	Назначено лечение антибактериальными препаратами системного действия (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.10.15.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при паратонзиллярном абсцессе (коды по МКБ - 10: J36, J39.0, J39.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	Да/Нет
2.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено хирургическое лечение	Да/Нет

2.10.16.1. 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.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки при установлении диагноза (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования), при обострении	Да/Нет
3.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено лечение муколитическими препаратами	Да/Нет
5.	Выполнено лечение бронходилататорами короткого действия (селективные бета2-адреномиметики и/или антихолинергические средства) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Назначена вакцинация против гриппа	Да/Нет
7.	Назначена вакцинация против пневмококковой инфекции	Да/Нет
8.	Назначена программа по отказу от курения курящим пациентам	Да/Нет

2.10.16.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хроническом бронхите (коды по МКБ - 10: J40 - J42)

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

2.10.17.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при эмфиземе легких (коды по МКБ - 10: J43)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости при установлении диагноза (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков и исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена оксигенотерапия (при SaO_2 менее 88%, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.10.17.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при эмфиземе легких (коды по МКБ - 10: J43)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
2.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови (при $\text{SaO}_2 \leq 92\%$ по данным пульсоксиметрии)	Да/Нет
3.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости при установлении диагноза (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков и исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена оксигенотерапия (при SaO_2 менее 88%, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.10.18.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хронической обструктивной болезни легких (коды по МКБ - 10: J44, J44.1, J44.8, J44.9, Z57.2, Z57.3, Z57.4, Z57.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков и	Да/Нет

	исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов (при отсутствии медицинских противопоказаний)	
2.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
3.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и/или при обострении) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования)	
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
5.	Выполнено назначение программы по отказу от курения	Да/Нет
6.	Выполнено лечение селективными бета2-адреномиметиками и/или антихолинергическими средствами короткого действия для использования по потребности (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено лечение бронходилататорами длительного действия (препараты для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей или их комбинации: селективные бета 2-адреномиметики или антихолинергические средства или адренергические средства в комбинации с антихолинергическими средствами или адренергические средства в комбинации с антихолинергическими средствами и ингаляционными глюкокортикостероидами) для базисной терапии (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено назначение диспансерного приема (осмотра, консультации) врача-пульмонолога или врача-терапевта или врача общей практики (семейного врача)	Да/Нет
9.	Выполнено назначение вакцинации против гриппа	Да/Нет

2.10.18.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хронической обструктивной болезни легких (коды по МКБ - 10: J44, J44.1, J44.8, J44.9, Z57.2, Z57.3, Z57.4, Z57.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков и исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
3.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и/или при обострении) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
6.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
7.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови (при $\text{SaO}_2 \leq 92\%$ по данным пульсоксиметрии)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение бронходилататорами длительного действия (препараты для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей или их комбинации: селективные бета 2-адреномиметики или антихолинергические средства или адренергические средства в комбинации с антихолинергическими средствами или адренергические средства в комбинации с антихолинергическими средствами и ингаляционными глюкокортикостероидами) для базисной терапии (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнена оксигенотерапия при обострении ХОБЛ и $\text{SpO}_2 \leq 92\%$ (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнено введение бронходилататоров короткого действия (селективные бета2-адреномиметики и/или антихолинергические средства) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнено введение системных и/или ингаляционных глюкокортикостероидов (при обострении) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

12.	Выполнено введение антибактериальных препаратов (при обострении) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.10.19.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при бронхиальной астме (коды по МКБ - 10: J45.0, J45.1, J45.8, J45.9, J46, Z57.2, Z57.3, Z57.4, Z57.5, J45)

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

2.10.19.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при бронхиальной астме (коды по МКБ - 10: J45.0, J45.1, J45.8, J45.9, J46, Z57.2, Z57.3, Z57.4, Z57.5, J45)

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

2.10.21.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при гиперчувствительном пневмоните (коды по МКБ - 10: J67, J84.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки при установлении диагноза (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки не реже 1 раза в 12 мес	Да/Нет
3.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
4.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (при отсутствии медицинских противопоказаний) не реже 1 раза в 12 мес	Да/Нет
5.	Выполнена кислородотерапия (при SpO2 менее 88% в покое при дыхании комнатным воздухом)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение системными кортикостероидами (пациентам с острым гиперчувствительным пневмонитом и нефибротическим хроническим гиперчувствительным пневмонитом) (с учетом медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено лечение антифибротическими препаратами (пациентам с прогрессирующим фибротическим гиперчувствительным пневмонитом (с учетом медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.10.21.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гиперчувствительном пневмоните (коды по МКБ - 10: J67, J84.1)

№	Критерии оценки качества	Оценка

п/п		выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки при установлении диагноза (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования)	Да/Нет
2.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
3.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена кислородотерапия (при SpO2 менее 88% в покое при дыхании комнатным воздухом)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение системными кортикостероидами (пациентам с острым гиперчувствительным пневмонитом и нефибротическим хроническим гиперчувствительным пневмонитом) (с учетом медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение антифибротическими препаратами (пациентам с прогрессирующим фибротическим гиперчувствительным пневмонитом (с учетом медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.10.22.1. 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 клетки при установлении диагноза (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки не реже 1 раза в год	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови при установлении диагноза	Да/Нет
5.	Выполнено исследование ревматоидного фактора в сыворотке крови при установлении диагноза	Да/Нет
6.	Выполнено направление на исследования уровня антинуклеарных антител, антител к циклическому цитрулиновому пептиду, в сыворотке крови при установке диагноза	Да/Нет
7.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
8.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (при отсутствии медицинских противопоказаний) не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
9.	Выполнена кислородотерапия (при SpO2 менее 88% в покое при дыхании комнатным воздухом)	Да/Нет
10.	Выполнено лечение антифибротическими препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.10.22.2. 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 клетки при установлении диагноза (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови при установлении диагноза	
4.	Выполнено исследование ревматоидного фактора в сыворотке крови при установлении диагноза	Да/Нет
5.	Выполнено направление на исследования уровня антинуклеарных антител, антител к циклическому цитрулиновому пептиду, в сыворотке крови при установке	Да/Нет

	диагноза	
6.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
7.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (при отсутствии медицинских противопоказаний) не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
8.	Выполнена кислородотерапия (при SpO2 менее 88% в покое при дыхании комнатным воздухом)	Да/Нет
9.	Выполнено лечение антифибротическими препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.10.23.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при вирусных пневмониях (коды по МКБ - 10: J12, J12.0, J12.1, J12.2, J12.3, J12.8, J12.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий осмотр с проведением пульсоксиметрии	Да/Нет
2.	Выполнены общий (клинический) анализ крови развернутый и общий (клинический) анализ мочи и определение уровня С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови	Да/Нет
3.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки на наличие нуклеиновых кислот и/или иммунохроматографическое экспресс-исследование на наличие антигенов возбудителей ОРВИ, гриппа и SARS-Cov-2 (не позднее 2 суток от начала заболевания)	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография легких и/или компьютерная томограмма органов грудной клетки	Да/Нет
5.	Назначено лечение противовирусными препаратами	Да/Нет
6.	Назначено патогенетическое и симптоматическое лечение	Да/Нет
7.	Назначено лечение антибактериальными препаратами системного действия (в зависимости от показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.10.23.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при вирусных пневмониях (коды по МКБ - 10: J12, J12.0, J12.1, J12.2, J12.3, J12.8, J12.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий осмотр с проведением пульсоксиметрии	Да/Нет
2.	Выполнены анализ крови (общетерапевтический) и коагулограмма и определение D-димера и фибриногена и прокальцитонина и тропонина и ферритина	Да/Нет
3.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки на наличие нуклеиновых кислот и/или иммунохроматографическое экспресс-исследование на наличие антигенов возбудителей ОРВИ, гриппа и SARS-Cov-2 (не позднее 2 суток от начала заболевания)	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография легких и/или компьютерная томограмма органов грудной клетки	Да/Нет
5.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
6.	Выполнена консультация врача анестезиолога-реаниматолога (пациентам с ЧД >25 в 1 мин, SpO2 < 92%)	Да/Нет
7.	Выполнено лечение противовирусными препаратами	Да/Нет
8.	Выполнено патогенетическое и симптоматическое лечение	Да/Нет
9.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия (в зависимости от показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

10.	Выполнена оксигенотерапия (при сатурации менее 92%)	Да/Нет
11.	Выполнено достижение нормализации температуры тела, купирования респираторно-катарального синдрома, купирования дыхательных расстройств и органной дисфункции (критерии выписки из стационара)	Да/Нет
12.	Выполнено достижение нормализации показателей общего анализа крови, СРБ, прокальцитонина, фибриногена (критерии выписки из стационара)	Да/Нет

2.10.24.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при остром ларингите (коды по МКБ - 10: J04.0, J04.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача –оториноларинголога и/или врача общей практики первичный	Да/Нет
2.	Выполнено проведение ларингоскопии (взрослым и детям старше 12 лет)	Да/Нет
3.	Назначено лечение противовоспалительными и/или жаропонижающими препаратами (при фебрильной лихорадке) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
4.	Назначено лечение антибактериальными препаратами системного действия (в случаях сохраняющихся симптомов более 10 дней или при осложнениях) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.10.24.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при остром ларингите (коды по МКБ - 10: J04.0, J04.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача –оториноларинголога и/или врача общей практики первичный	Да/Нет
2.	Выполнено проведение ларингоскопии (взрослым и детям старше 12 лет)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение противовоспалительными и/или жаропонижающими препаратов (при фебрильной лихорадке) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия (в случаях сохраняющихся симптомов более 10 дней или при осложнениях) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена консервативная дестенозирующая противовоспалительная терапия (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.10.25.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при полипозном риносинусите (коды по МКБ - 10: J33.0, J33.1, J33.8, J33.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томографии придаточных пазух носа, гортани (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение компьютерной томографии придаточных пазух носа, гортани)	Да/Нет
3.	Назначено лечение кортикостероидами в форме назальных спреев (пациентам с ограниченным полипозным риносинуситом) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.10.25.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при полипозном риносинусите (коды по МКБ - 10: J33.0, J33.1, J33.8, J33.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томографии придаточных пазух носа, гортани (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение компьютерной томографии придаточных пазух носа, гортани)	Да/Нет

2.10.26.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при остром бронхите (коды по МКБ - 10: J20)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
2.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков при подозрении на наличие бронхообструктивного синдрома (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнена прицельная рентгенография легких при подозрении на пневмонию (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
5.	Выполнено лечение селективными бета2-адреномиметиками (пациентам с длительным кашлем и/или признаками бронхиальной гиперреактивности) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.10.26.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром бронхите (коды по МКБ - 10: J20)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
2.	Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков при подозрении на наличие бронхообструктивного синдрома (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнена прицельная рентгенография легких при подозрении на пневмонию (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
6.	Выполнено лечение селективными бета2-адреномиметиками (пациентам с длительным кашлем и/или признаками бронхиальной гиперреактивности) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.10.27.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при трансплантации легкого (легких), трансплантации легочно – сердечного комплекса, наличии трансплантированного легкого, наличии трансплантированного легочно – сердечного комплекса, отмирании и отторжении трансплантата легкого, отмирании и отторжении легочно – сердечного трансплантата (коды по МКБ - 10: J43.9, J44.9, J47, J84, J98, J98.4, J99.1*, E84.0, E84.9, I27.0, I27.8, I27.9, I28, Z94.2, Z94.3, T86.3, T86.8) (претендентам на трансплантацию лёгких/ легочно-сердечного комплекса)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
2.	Выполнен общетерапевтический биохимический анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
4.	Выполнено определение показателей функции внешнего дыхания	Да/Нет
5.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки с внутривенным болюсным контрастированием	Да/Нет
7.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
8.	Выполнена компьютерная томография головного мозга	Да/Нет
9.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием	Да/Нет

2.10.28.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при трансплантации легкого (легких), трансплантации легочно – сердечного комплекса, наличии трансплантированного легкого, наличии трансплантированного легочно – сердечного комплекса, отмирании и отторжении трансплантата легкого, отмирании и отторжении легочно – сердечного трансплантата (коды по МКБ - 10: J43.9, J44.9, J47, J84, J98, J98.4, J99.1*, E84.0, E84.9, I27.0, I27.8, I27.9, I28, Z94.2, Z94.3, T86.3, T86.8) (реципиентам трансплантированного легкого (легких) и легочно-сердечного комплекса)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
2.	Выполнен общетерапевтический биохимический анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови	Да/Нет
4.	Выполнен лабораторный контроль за терапией иммуносупрессантами в раннем послеоперационном периоде для достижения целевой концентрации и коррекции дозы препарата	Да/Нет
5.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
6.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
7.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
8.	Выполнена видеотрахеобронхоскопия	Да/Нет

2.10.29.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при трансплантации легкого (легких), трансплантации легочно – сердечного комплекса, наличии трансплантированного легкого, наличии трансплантированного легочно – сердечного комплекса, отмирании и отторжении трансплантата легкого, отмирании и отторжении легочно – сердечного трансплантата (коды по МКБ - 10: J43.9, J44.9, J47, J84, J98, J98.4, J99.1*, E84.0, E84.9, I27.0, I27.8, I27.9, I28, Z94.2, Z94.3, T86.3, T86.8) (реципиентам трансплантированного легкого (легких) и легочно-сердечного комплекса с клинической картиной дисфункции трансплантированных органов)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения

1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
2.	Выполнен общетерапевтический биохимический анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
4.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
6.	Выполнена видеотрахеобронхоскопия	Да/Нет
7.	Выполнено определение показателей функции внешнего дыхания	Да/Нет

2.10.30.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при трансплантации легкого (легких), трансплантации легочно – сердечного комплекса, наличии трансплантированного легкого, наличии трансплантированного легочно – сердечного комплекса, отмирании и отторжении трансплантата легкого, отмирании и отторжении легочно – сердечного трансплантата (коды по МКБ - 10: J43.9, J44.9, J47, J84, J98, J98.4, J99.1*, E84.0, E84.9, I27.0, I27.8, I27.9, I28, Z94.2, Z94.3, T86.3, T86.8) (реципиентам трансплантированного легкого (легких) и легочно-сердечного комплекса при динамическом наблюдении в отдалённые сроки после трансплантации лёгких)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общетерапевтический биохимический анализ крови	Да/Нет
2.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование крови на цитомегаловирус (<i>Cytomegalovirus</i>) с целью своевременной диагностики и динамического контроля цитомегаловирусной инфекции	Да/Нет
3.	Выполнен лабораторный контроль за терапией иммуносупрессантами в раннем послеоперационном периоде для достижения целевой концентрации и коррекции дозы препарата	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки с внутривенным болюсным контрастированием	Да/Нет
5.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
6.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
7.	Выполнена видеотрахеобронхоскопия	Да/Нет
8.	Выполнено определение показателей функции внешнего дыхания	Да/Нет

2.11. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ БОЛЕЗНЕЙ ПОЛОСТИ РТА, СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ЧЕЛЮСТЕЙ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ЗУБНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ)

2.11.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при кистах челюстно-лицевой области и шеи (коды по МКБ - 10: D21.0, K04.8, K09, K09.0, K09.2, K09.8, K11.6, L72.0, Q18.0, Q18.1, Q18.2, Q18.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен наружный осмотр лица и шеи, полости рта, поверхностная и глубокая пальпацию регионарных лимфоузлов	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная внутриротовая контактная рентгенография и/или панорамная рентгенография нижней челюсти и/или ортопантомография и/или рентгенография нижней челюсти в боковой проекции и/или компьютерная томография челюстно-лицевой области и/или компьютерная томография мягких тканей (в зависимости от локализации кисты) (при отсутствии выполнения исследования на предыдущем этапе или не информативности ранее проведенного исследования)	Да/Нет
3.	Выполнена пункция мягких тканей с цитологическим исследованием	Да/Нет

	микропрепарата пунктатов опухолей, опухолеподобных образований мягких тканей (в зависимости от локализации кисты, при установлении диагноза)	
4.	Выполнено пломбирование корневого канала зуба и резекция верхушки корня зуба или удаление зуба, вызвавшего развитие корневой кисты, фолликулярной или кератокисты	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое лечение (по поводу кисты)	Да/Нет
6.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (после хирургического лечения)	Да/Нет
7.	Назначено лечение антибактериальными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.11.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при кистах челюстно-лицевой области и шеи (коды по МКБ - 10: D21.0, K04.8, K09, K09.0, K09.2, K09.8, K11.6, L72.0, Q18.0, Q18.1, Q18.2, Q18.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен наружный осмотр лица и шеи, полости рта, поверхностная и глубокая пальпацию регионарных лимфоузлов	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная внутриротовая контактная рентгенография и/или панорамная рентгенография нижней челюсти и/или ортопантомография и/или рентгенография нижней челюсти в боковой проекции и/или компьютерная томография челюстно-лицевой области и/или компьютерная томография мягких тканей (в зависимости от локализации кисты) (при отсутствии выполнения исследования на предыдущем этапе или не информативности ранее проведенного исследования)	Да/Нет
3.	Выполнена пункция мягких тканей с цитологическим исследованием микропрепарата пунктатов опухолей, опухолеподобных образований мягких тканей (в зависимости от локализации кисты, при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено пломбирование корневого канала зуба и резекция верхушки корня зуба или удаление зуба, вызвавшего развитие корневой кисты, фолликулярной или кератокисты	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое лечение (по поводу кисты)	Да/Нет
6.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (после хирургического лечения)	Да/Нет
7.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-челюстно-лицевым хирургом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	Да/Нет
8.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.11.2.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при язвенной болезни (коды по МКБ - 10: K25, K26, K27.0, K27.4, K28.0, K28.4, K31.1, K31.2, K31.6, K31.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения

1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня гастрина сыворотки крови	Да/Нет
3.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки при ЯБ при невозможности выполнения эндоскопического исследования	Да/Нет
5.	Выполнена множественная биопсия с последующим морфологическим исследованием биопсийного материала при локализации язвы в желудке	Да/Нет
6.	Выполнено тестирование на наличие инфекции <i>H. pylori</i>	Да/Нет
7.	Выполнено назначение антисекреторной терапии	Да/Нет
8.	Выполнено назначение эрадикационной терапии при положительном результате тестирования на инфекцию <i>H. pylori</i>	Да/Нет

2.11.2.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при язвенной болезни (коды по МКБ - 10: K25, K26, K27.0, K27.4, K28.0, K28.4, K31.1, K31.2, K31.6, K31.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня гастрина сыворотки крови	Да/Нет
3.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия	Да/Нет
4.	Выполнена обзорная рентгенография брюшной полости при перфорации язвы (ПЯ) желудка и/или 12-перстной кишки	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (комплексное) и/или компьютерная томография органов брюшной полости (при негативном результате обзорной рентгенографии брюшной полости) при перфорации язвы желудка и/или 12-перстной кишки	Да/Нет
6.	Выполнена рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки при ЯБ при невозможности выполнения эндоскопического исследования	Да/Нет
7.	Выполнена множественная биопсия с последующим морфологическим исследованием биопсийного материала при локализации язвы в желудке	Да/Нет
8.	Выполнено тестирование на наличие инфекции <i>H. pylori</i>	Да/Нет
9.	Выполнена антисекреторная терапия	Да/Нет
10.	Выполнена эрадикационная терапия при положительном результате тестирования на инфекцию <i>H. pylori</i>	Да/Нет
11.	Выполнена инфузионно-трансфузионная терапия при язвенном гастродуоденальном кровотечении (ЯГДК)	Да/Нет
12.	Выполнена остановка язвенного кровотечения и/или профилактика его рецидива с использованием методов эндоскопического и/или медикаментозного гемостаза.	Да/Нет
13.	Выполнена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными препаратами системного действия перед хирургическим вмешательством (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
14.	Выполнено эндоваскулярное или хирургическое вмешательство в экстренной форме при неэффективности или невозможности эндоскопического гемостаза	Да/Нет
15.	Выполнена операция в экстренной форме при перфорации язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки	Да/Нет

2.11.4.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки (коды по МКБ - 10: K25, K26)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено назначение эзофагогастродуоденоскопии	Да/Нет
2.	Выполнено назначение 13С-уреазный дыхательный тест на <i>Helicobacter Pylori</i> или определение антигена хеликобактера пилори в фекалиях или иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на геликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>) или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала желудка (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Назначена эрадикационная терапия при выявлении <i>Helicobacter pylori</i> (в зависимости от медицинских показаний при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Назначено лечение ингибиторами протонного насоса (в зависимости от медицинских показаний при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.11.4.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки (коды по МКБ - 10: K25, K26)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности данных исследования)	Да/Нет
2.	Выполнен 13С-уреазный дыхательный тест на <i>Helicobacter Pylori</i> или определение антигена хеликобактера пилори в фекалиях или иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на геликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>) или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала желудка (при установлении диагноза, при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности данных исследования)	Да/Нет
3.	Выполнена эрадикационная терапия при выявлении <i>Helicobacter pylori</i> (в зависимости от медицинских показаний при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено лечение ингибиторами протонного насоса (в зависимости от медицинских показаний при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.11.5.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при гастрите и дуодените (коды по МКБ - 10: K29, K31.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)	Да/Нет
2.	Выполнена биопсия (с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийного материала желудка, в том числе с проведением гистохимических и иммуногистохимических методов)	Да/Нет
3.	Выполнен 13С-уреазный дыхательный тест на <i>Helicobacter pylori</i> , или определение антигена <i>H. pylori</i> в кале, или при проведении ЭГДС быстрый уреазный тест с выполнением биопсии антрального отдела желудка и тела желудка или определение ДНК геликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>) в биоптатах (при первичной диагностике)	Да/Нет
4.	Выполнены дыхательный тест с мочевиной, меченной 13С (13С-уреазный дыхательный тест на <i>Helicobacter pylori</i>), или определение антигена <i>H. pylori</i> в кале	Да/Нет

	лабораторным способом (не ранее, чем через 4 недели после окончания курса антигеликобактерной терапии либо после окончания лечения антисекреторными средствами (ИПН) или висмутом трикалия дицитрата) (для контроля эффективности проведенной эрадикационной терапии <i>H.pylori</i>)	
5.	Выполнено лечение (эрадикация инфекции <i>H.pylori</i> с соблюдением рекомендаций по выбору схемы эрадикационной терапии) (пациентам с положительными результатами тестирования на инфекцию <i>H.pylori</i> с гастритом при атрофическом гастрите)	Да/Нет
6.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (пациентам с выраженной атрофией и/или кишечной метаплазией в теле и в антральном отделе желудка — OLGA/OLGIM III/IV, а также пациентам с кишечной метаплазией, ограниченной одной анатомической областью, при наличии отягощенного по раку желудка семейного анамнеза, неполной кишечной метаплазии, персистенции инфекции <i>H.pylori</i>) (1 раз в 3 года).	Да/Нет

2.11.5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гастрите и дуодените (коды по МКБ - 10: K29, K31.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)	Да/Нет
2.	Выполнена биопсия (с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийного материала желудка, в том числе с проведением гистохимических и иммуногистохимических методов)	Да/Нет
3.	Выполнен 13С-уреазный дыхательный тест на <i>Helicobacter pylori</i> , или определение антигена <i>H.pylori</i> в кале, или при проведении ЭГДС быстрый уреазный тест с выполнением биопсии антрального отдела желудка и тела желудка или определение ДНК геликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>) в биоптатах (при первичной диагностике)	Да/Нет
4.	Выполнены дыхательный тест с мочевиной, меченной 13С (13С-уреазный дыхательный тест на <i>Helicobacter pylori</i>), или определение антигена <i>H. pylori</i> в кале лабораторным способом (не ранее, чем через 4 недели после окончания курса антигеликобактерной терапии либо после окончания лечения антисекреторными средствами (ИПН) или висмутом трикалия дицитрата) (для контроля эффективности проведенной эрадикационной терапии <i>H.pylori</i>)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение (эрадикация инфекции <i>H.pylori</i> с соблюдением рекомендаций по выбору схемы эрадикационной терапии) (пациентам с положительными результатами тестирования на инфекцию <i>H.pylori</i> с гастритом при атрофическом гастрите)	Да/Нет
6.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (пациентам с выраженной атрофией и/или кишечной метаплазией в теле и в антральном отделе желудка — OLGA/OLGIM III/IV, а также пациентам с кишечной метаплазией, ограниченной одной анатомической областью, при наличии отягощенного по раку желудка семейного анамнеза, неполной кишечной метаплазии, персистенции инфекции <i>H.pylori</i>) (1 раз в 3 года).	Да/Нет

2.11.6.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при остром аппендиците у взрослых (коды по МКБ – 10: K35.0, K35.1, K35.9, K36, K37, K38.0, K38.1, K38.2, K38.3, K38.8, K38.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости	Да/Нет

2.11.6.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром аппендиците у взрослых (коды по МКБ – 10: K35.0, K35.1, K35.9, K36, K37, K38.0, K38.1, K38.2, K38.3, K38.8, K38.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости	Да/Нет
4.	Выполнена консервативная терапия при диагностировании аппендикулярного инфильтрата	Да/Нет
5.	Выполнена профилактика инфекционных осложнений антибиотиками широкого спектра действия (пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз: J01CR комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз) в пределах 60 мин до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое вмешательство в экстренной или неотложной форме в зависимости от типа острого аппендицита.	Да/Нет
7.	Выполнено патологоанатомическое исследование операционного материала (препарата червеобразного отростка)	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование и/или компьютерная томография органов брюшной полости при подозрении на осложнение в послеоперационном периоде	Да/Нет

2.11.7.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при паховой и бедренной грыже (коды по МКБ - 10: K40.0, K40.1, K40.2, K40.3, K40.4, K40.9, K41.0, K41.1, K41.2, K41.3, K41.4, K41.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) мягких тканей паховой области или КТ органов брюшной полости или МРТ органов брюшной полости	Да/Нет

2.11.7.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при паховой и бедренной грыже (коды по МКБ - 10: K40.0, K40.1, K40.2, K40.3, K40.4, K40.9, K41.0, K41.1, K41.2, K41.3, K41.4, K41.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) мягких тканей паховой области или КТ органов брюшной полости или МРТ органов брюшной полости	Да/Нет
3.	Выполнена антибиотикопрофилактика перед операцией по поводу паховой/бедренной грыжи при наличии факторов риска развития раневой	Да/Нет
4.	Выполнена профилактика тромбоэмболических осложнений с учетом факторов риска у пациента с паховой/бедренной грыжей	Да/Нет
5.	Выполнено оперативное лечение пахово-бедренной грыжи (аутопластическим способом) или оперативное лечение пахово-бедренной	Да/Нет

6.	Выполнено оперативное вмешательство в экстренной форме при ущемлении паховой/бедренной грыжи	Да/Нет

2.11.8.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при послеоперационной вентральной грыже (коды по МКБ - 10: K43.0, K43.1, K43.2, K43.3, K43.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови, общий (клинический) мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический перед операцией	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (комплексное) или компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости	Да/Нет
4.	Выполнена консультация профильного врача-специалиста при наличии сопутствующих заболеваний перед операцией	Да/Нет

2.11.8.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при послеоперационной вентральной грыже (коды по МКБ - 10: K43.0, K43.1, K43.2, K43.3, K43.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови, общий (клинический) мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический перед операцией	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (комплексное) или компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости	Да/Нет
4.	Выполнена консультация профильного врача-специалиста при наличии сопутствующих заболеваний перед операцией	Да/Нет
5.	Выполнена антибиотикопрофилактика цефалоспоридами первыми или второго поколения или Амоксициллин+[Клавулановая кислота], в стандартных дозировках или ванкомицином (при доказанном риске MRSA) перед операцией	Да/Нет
6.	Выполнена профилактика тромбоэмболических осложнений с учетом факторов риска перед операцией	Да/Нет
7.	Выполнено оперативное лечение с использованием сетчатых эндопротезов или оперативное лечение с использованием видеозендоскопических технологий или аутопластика в плановой форме	Да/Нет
8.	Выполнено оперативное вмешательство в экстренной форме при ущемлении грыжи	Да/Нет

2.11.9.1. 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 органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и/или компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при	Да/Нет

	установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	

2.11.9.2. 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 органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и/или компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием (с ангиографией) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено хирургическое лечение (при выявлении источников кровотечения и неэффективности консервативного лечения)	Да/Нет

2.11.10.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при острой неопухоловой кишечной непроходимости (коды по МКБ - 10: K31.5, K56.0, K56.1, K56.2, K56.3, K56.4, K56.5, K56.6, K56.7, K45, K46)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнен клинический и лабораторный контроль при длительном неоперативном лечении кишечной непроходимости	Да/Нет
4.	Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости	Да/Нет
6.	Выполнена установка назогастрального зонда	Да/Нет
7.	Выполнена инфузионная терапия	Да/Нет
8.	Выполнена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными препаратами системного действия до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено хирургическое вмешательство в экстренной форме при странгуляционной форме острой кишечной непроходимости и перитоните	Да/Нет
10.	Выполнено хирургическое вмешательство в неотложной форме при обтурационной форме острой кишечной непроходимости, при отсутствии эффекта от консервативной терапии	Да/Нет

2.11.11.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при дивертикулярной болезни (коды по МКБ - 10: K57.0, K57.1, K57.2, K57.3, K57.4, K57.5, K57.8, K57.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости (комплексное) и/или компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при острых осложнениях дивертикулярной болезни) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование толстой кишки и/или компьютерная томография толстой кишки (при острых осложнениях дивертикулярной болезни)	Да/Нет
3.	Назначено лечение антибактериальными препаратами системного действия и/или	Да/Нет

	кишечными противомикробными препаратами, и/или препаратами для лечения функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта (при остром дивертикулите, при остром паракишечном инфильтрате, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	

2.11.11.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при дивертикулярной болезни (коды по МКБ - 10: K57.0, K57.1, K57.2, K57.3, K57.4, K57.5, K57.8, K57.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости (комплексное) и/или компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием (при острых осложнениях дивертикулярной болезни)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование толстой кишки и/или компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием или компьютерная томография органов таза у мужчин с контрастированием (при острых осложнениях дивертикулярной болезни)	Да/Нет
4.	Выполнена колоноскопия (при толстокишечном кровотечении)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия и/или кишечными противомикробными препаратами, и/или препаратами для лечения функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта (при остром дивертикулите, при остром паракишечном инфильтрате, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.11.12.1. 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 или при наличии «симптомов тревоги» или при наличии отягощенной наследственности по колоректальному раку)	Да/Нет
2.	Выполнено назначение мероприятий по коррекции образа жизни (включая диетические рекомендации)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение растительными волокнами или псиллиумом (при недостаточной эффективности мер по коррекции образа жизни или диетических рекомендаций)	Да/Нет
4.	Выполнено лечение макроголом или прукалопридом (на 4-6 недель при сохранении симптомов запора)	Да/Нет
5.	Выполнено направление в специализированный центр (пациента с рефрактерным запором) для определения времени транзита по кишечнику, проведения теста изгнания баллона, аноректальной манометрии	Да/Нет

2.11.12.2. 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 или при наличии «симптомов тревоги» или при наличии отягощенной наследственности по колоректальному раку)	Да/Нет
2.	Выполнено назначение мероприятий по коррекции образа жизни (включая диетические рекомендации)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение растительными волокнами или псиллиумом (при недостаточной эффективности мер по коррекции образа жизни или диетических	Да/Нет

	рекомендаций)	
4.	Выполнено лечение макроколом или прукалопридом (на 4-6 недель при сохранении симптомов запора)	Да/Нет
5.	Выполнено направление в специализированный центр (пациента с рефрактерным запором) для определения времени транзита по кишечнику, проведения теста изгнания баллона, аноректальной манометрии	Да/Нет

2.11.13.1. 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 (при отсутствии признаков острой кишечной непроходимости) (при установлении диагноза)	Да/Нет

2.11.13.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при идиопатическом мегаколоне (коды по МКБ - 10: K59.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена ирригоскопия (при установлении диагноза и/или при отсутствии выполнения на предыдущем этапе, и/или при не информативности ранее проведенного исследования)	Да/Нет
2.	Выполнена колоноскопия (с попыткой эндоскопической деторсии) (при завороте мегаколоне и отсутствии признаков перфорации и нарушений кровоснабжения кишки)	Да/Нет
3.	Выполнено хирургическое лечение (при завороте мегаколоне с признаками перфорации и нарушениями кровоснабжения кишки или неэффективности эндоскопической деторсии заворота)	Да/Нет

2.11.14.1. 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 первичный	Да/Нет
2.	Назначено лечение производными пропионовой кислоты и/или препаратами для местного лечения геморроя и анальных трещин (при обострении анальной трещины)	Да/Нет
3.	Назначено потребление адекватного количества жидкости и пищевых волокон (для нормализации деятельности желудочно-кишечного тракта и устранения запоров/диареи) и/или слабительных средств (в случаях, если не удалось нормализовать стул при помощи диеты)	Да/Нет

2.11.14.2. 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 ежедневный осмотр врачом-колопроктологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	Да/Нет
2.	Выполнено исследование функций сфинктерного (запирательного) аппарата прямой кишки 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	Да/Нет

	поражений анального канала специфической этиологии, а также на развитие осложнений)	
4.	Выполнено хирургическое лечение (при неэффективности консервативной терапии состояния запирающего аппарата прямой кишки, при наличии спазма внутреннего сфинктера и/или фиброзных изменений анального канала)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение производными пропионовой кислоты (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.11.15.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при свище заднего прохода и прямой кишки (коды по МКБ - 10: K60.3, K60.4, K60.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-колопроктолога первичный	Да/Нет
2.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза и/или ультразвуковое исследование прямой кишки трансректальное (при подозрении на экстрасфинктерный свищ и наличие гнойных затеков)	
3.	Выполнено исследование функций сфинктерного (запирающего) аппарата прямой кишки (при наличии явлений анального недержания)	

2.11.15.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при свище заднего прохода и прямой кишки (коды по МКБ - 10: K60.3, K60.4, K60.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-колопроктологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	Да/Нет
2.	Выполнено хирургическое лечение	Да/Нет

2.11.16.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром парапроктите (код по МКБ-10: K61, K61.0, K61.1, K61.2, K61.3, K61.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-колопроктологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	Да/Нет
2.	Выполнено вскрытие острого гнойного парапроктита	Да/Нет

2.11.17.1. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-колопроктолога первичный	Да/Нет
2.	Выполнена аноскопия и/или ректороманоскопия, и/или колоноскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет

2.11.17.2. 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.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-колопроктологом с наблюдением и	Да/Нет

	уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	
2.	Выполнена аноскопия и/или ректороманоскопия, и/или колоноскопия (при установлении диагноза) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
3.	Выполнено иссечение новообразований перианальной области и анального канала и/или иссечение гипертрофированных анальных сосочков	Да/Нет

2.11.18.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при выпадении прямой кишки (коды по МКБ - 10: K62.2, K62.3, K63.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-колопроктолога первичный	Да/Нет
2.	Выполнена ректороманоскопия	Да/Нет

2.11.18.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при выпадении прямой кишки (коды по МКБ - 10: K62.2, K62.3, K63.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-колопроктологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	Да/Нет
2.	Выполнена ректороманоскопия	Да/Нет
3.	Выполнена проктография (дефекография) и/или исследование эвакуаторной функции прямой кишки (дефекофлоуметрия)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование функций сфинктерного (запирательного) аппарата прямой кишки (при явлениях анального недержания)	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое лечение	Да/Нет

2.11.19.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при недостаточности анального сфинктера (коды по МКБ - 10: K62.8, R15)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-колопроктолога первичный	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование прямой кишки трансректальное (при органической недостаточности анального сфинктера)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование функций сфинктерного (запирательного) аппарата прямой кишки	Да/Нет

2.11.19.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при недостаточности анального сфинктера (коды по МКБ - 10: K62.8, R15)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-колопроктологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование прямой кишки трансректальное (при органической недостаточности анального сфинктера)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование функций сфинктерного (запирательного) аппарата прямой кишки	Да/Нет

2.11.20.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при геморрое (коды по МКБ - 10: K64)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-колопроктолога первичный	Да/Нет

2.	Выполнена ректороманоскопия или аноскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Назначено лечение другими препаратами для местного лечения геморроя и анальных трещин и/или гепаринами или гепариноидами для местного применения, и/или биофлавоноидами (при хроническом геморрое, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.11.20.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при геморрое (коды по МКБ - 10: K64)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-колопроктологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	Да/Нет
2.	Выполнена ректороманоскопия или аноскопия (при установлении диагноза и/или при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
3.	Выполнена колоноскопия (при наличии выделения крови из заднего прохода)	Да/Нет
4.	Выполнено лечение другими препаратами для местного лечения геморроя и анальных трещин и/или хирургическое лечение (малоинвазивное) (при остром геморрое, в зависимости от медицинских показаний при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение другими препаратами для местного лечения геморроя и анальных трещин и/или гепаринами или гепариноидами для местного применения, и/или биофлавоноидами, и/или хирургическое лечение (в том числе малоинвазивное) (при хроническом геморрое, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.11.21.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при алкогольной болезни печени (коды по МКБ - 10: K70.0 - K70.4, K70.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога или врача-терапевта первичный	Да/Нет
2.	Выполнено заполнение опросников (AUDIT — AUDIT-C) и при необходимости опросника CAGE у пациентов с подозрением на алкогольную болезнь печени, алкогольную зависимость	Да/Нет
3.	Выполнены общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой билирубин, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, гаммаглутаминтранспептидаза, лактатдегидрогеназа, глюкоза), коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза: МНО, протромбиновый индекс%, анализ на уровень фибриногена, протромбина, протромбиновое время), общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
4.	Выполнено УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
5.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием (при наличии показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено лечение орнитином (пациентам с энцефалопатией в том числе неуточненного генеза)	Да/Нет

8.	Выполнено направление на консультацию к врачу-психиатру-наркологу (пациентам с подозрением на алкогольную зависимость и/или с синдромом отмены алкоголя)	Да/Нет
9.	Выполнены оценка состояния питания и назначение рациона, сбалансированного соответственно состоянию пациента.	Да/Нет
10.	Выполнено лечение адеметионином и/ или комбинированным препаратом инозин + меглюмин + метионин + никотинамид + янтарная кислота (при наличии показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнено лечение урсодезоксихолевой кислотой (пациентам холестатическим синдромом) (при наличии показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.11.21.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при алкогольной болезни печени (коды по МКБ - 10: K70.0 - K70.4, K70.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено лечение в условиях стационара врачом-гастроэнтерологом	Да/Нет
2.	Выполнено заполнение опросников (AUDIT — AUDIT-C) и при необходимости опросника CAGE у пациентов с подозрением на алкогольную болезнь печени, алкогольную зависимость	Да/Нет
3.	Выполнены общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой билирубин, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, гаммаглутаминтранспептидаза, лактатдегидрогеназа, глюкоза), коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза: МНО, протромбиновый индекс%, анализ на уровень фибриногена, протромбина, протромбиновое время), общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
4.	Выполнено УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
5.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием (при наличии показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнены биопсия печени и патолого-анатомическое исследование биопсийного материала (при наличии показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение орнитином (пациентам с энцефалопатией в том числе неуточненного генеза)	Да/Нет
9.	Выполнено направление на консультацию к врачу-психиатру-наркологу (пациентам с подозрением на алкогольную зависимость и/или с синдромом отмены алкоголя)	Да/Нет
10.	Выполнены оценка состояния питания и назначение рациона, сбалансированного соответственно состоянию пациента.	Да/Нет
11.	Выполнено лечение преднизолоном 40 мг/сут или метилпреднизолоном 32 мг/сут перорально (пациентам с алкогольным гепатитом тяжелого течения индекс Мадрей ≥ 32 , MELD ≥ 20) (при наличии показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
12.	Выполнено лечение адеметионином и/ или комбинированным препаратом инозин + меглюмин + метионин + никотинамид + янтарная кислота (при наличии показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
13.	Выполнено лечение урсодезоксихолевой кислотой (пациентам холестатическим синдромом) (при наличии показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.11.22.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при циррозе и фиброзе печени (коды по МКБ - 10: K70.3, K71.7, K72, K74.0 - K74.6, K76.7)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога или врача-терапевта первичный	Да/Нет
2.	Выполнено общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой билирубин, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, гаммаглутаминтранспептидаза, глюкоза), коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (МНО, протромбиновый индекс%, фибриноген, протромбин, протромбиновое время), общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
3.	Выполнено УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
4.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием (при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний) (пациентам с подозрением на тромбоз в венах портальной системы или с очаговыми изменениями печени на ультразвуковом исследовании)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение диуретиками в сочетании с бессолевой диетой под контролем уровня калия и натрия крови (пациентам асцитом и/или печеночным гидротораксом) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено лечение лактулозой и/или рифаксимином (пациентам с печеночной энцефалопатией) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено направление на консультацию врача-трансплантолога (пациентам с циррозом печени и резистентным асцитом, острым повреждением почек – гепаторенальным синдромом, рефрактерным печеночным гидротораксом, гепатопульмональным синдромом с РаО ₂ <60 мм. рт. ст.)	Да/Нет

2.11.22.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при циррозе и фиброзе печени (коды по МКБ - 10: K70.3, K71.7, K72, K74.0 - K74.6, K76.7)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено лечение в условиях стационара (при возникновении и/или усугублении признаков декомпенсации)	Да/Нет
2.	Выполнено общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой билирубин, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, гаммаглутаминтранспептидаза, глюкоза), коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (МНО, протромбиновый индекс%, фибриноген, протромбин, протромбиновое время), общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
3.	Выполнен диагностический лапароцентез с последующим исследованием асцитической жидкости (пациентам с ЦП с впервые возникшим, прогрессирующим или напряженным асцитом)	Да/Нет
4.	Выполнено УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
5.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием (при наличии медицинских показаний и отсутствии	Да/Нет

	противопоказаний) (пациентам с подозрением на тромбоз в венах портальной системы или с очаговыми изменениями печени на ультразвуковом исследовании)	
7.	Выполнен лечебный объемный парацентез с удалением не более 15 литров асцитической жидкости одномоментно (пациентам напряженным асцитом, а также с асцитом, осложненным острым повреждением почек –гепато-ренальным синдромом)	Да/Нет
8.	Выполнен лечебный торакоцентез (пациентам с печеночным гидротораксом, признаками дыхательной недостаточности, при неэффективности диуретической терапии)	Да/Нет
9.	Выполнена трансфузия раствора альбумина человека (из расчета 8 г на каждый удаленный литр асцитической жидкости и не более 1г/кг безотечной массы тела пациента) (после проведения парацентеза)	Да/Нет
10.	Выполнено лечение диуретиками в сочетании с бессолевой диетой под контролем уровня калия и натрия крови (пациентам асцитом и/или печеночным гидротораксом) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнено лечение лактулозой и/или рифаксимином (пациентам с печеночной энцефалопатией) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
12.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
13.	Выполнена трансфузия альбумина человека 1,5 г/кг массы тела (в 1 сутки от установления диагноза) и 1г/кг массы тела (на 3 сутки от установления диагноза) (пациентам с циррозом печени и инфицированным асцитом)	Да/Нет
14.	Выполнено лечение терлипрессином и альбумином человека (пациентам с циррозом печени, осложненным острым повреждением почек –гепаторенальным синдромом) под контролем уровня креатинина (через 48-72 часа от начала терапии)	Да/Нет
15.	Выполнен осмотр анестезиологом-реаниматологом (пациента с ЦП с признаками острого кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта)	Да/Нет
16.	Выполнено лигирование источника кровотечения (при условии удовлетворительной визуализации) в комбинации с введением терлипрессина или октреотида(пациентам с продолжающимся кровотечением из изолированных варикозных вен пищевода и вен желудка 1 типа (до 8-10 мм в диаметре)	Да/Нет
17.	Установлен зонд-обтуратор (при невозможности лигирования источника кровотечения)	Да/Нет
18.	Выполнено лечение норфлоксацином 400 мг дважды в день или Цефтриаксоном 1 г в день (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
19.	Выполнено направление на консультацию врача-трансплантолога (пациентам с циррозом печени и резистентным асцитом, острым повреждением почек – гепаторенальным синдромом, рефрактерным печеночным гидротораксом, гепатопульмональным синдромом с PaO ₂ <60 мм. рт. ст.)	Да/Нет

2.11.23.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при лекарственных поражениях печени у взрослых (коды по МКБ - 10: K71)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога или врача-терапевта первичный	Да/Нет
2.	Выполнена оценка лекарственного анамнеза пациента с определением типа гепатотоксичности препарата/тов по шкале RUCAM и отменой провоцирующего препарата	Да/Нет
3.	Выполнено исследование АЛТ, ЩФ, общий билирубин, альбумин, МНО	Да/Нет
4.	Выполнено исследование на острые вирусные гепатиты (А, В, С, Е)	Да/Нет

5.	Выполнены определение антител к гладкой мускулатуре, IgG+A+M (Smooth Muscle Antibodies, SMA, ASMA, IgG+A+M) в крови) и исследование уровня иммуноглобулина G в крови (IgG) и исследование уровня церулоплазмينا в крови (при диагностике) (пациентам с подозрением на аутоиммунные заболевания печени и болезнь Вильсона-Коновалова)	Да/Нет
6.	Выполнено УЗИ органов брюшной полости (комплексное) и/или компьютерная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний) (пациентам с подозрением на патологию билиарного тракта и инфильтративные процессы в печени)	Да/Нет
7.	Выполнено лечение ацетилцистеином (пациентам с лекарственным поражением печени, вызванным парацетамолом)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение левокарнитином (пациентам с лекарственным поражением печени, вызванным вальпроевой кислотой)	Да/Нет
9.	Выполнено лечение преднизолоном (пациентам с аутоиммуноподобным фенотипом лекарственного поражения печени)	Да/Нет
10.	Выполнено лечение УДХК и/или адеметионином и/или фосфолипидами и/или инозин+ меглюмин+метионин+никотинамид+янтарной кислотой (при наличии показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнено лечение орнитином (пациентам с признаками печеночной энцефалопатии) (при наличии показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Выполнено диспансерное наблюдение	Да/Нет

2.11.23.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при лекарственных поражениях печени у взрослых (коды по МКБ - 10: K71)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка лекарственного анамнеза пациента с определением типа гепатотоксичности препарата/тов по шкале RUCAM и отменой провоцирующего препарата	Да/Нет
2.	Выполнено исследование АЛТ, ЩФ, общий билирубин, альбумин, МНО	Да/Нет
3.	Выполнено исследование на острые вирусные гепатиты (А, В, С, Е)	Да/Нет
4.	Выполнены определение антител к гладкой мускулатуре, IgG+A+M (Smooth Muscle Antibodies, SMA, ASMA, IgG+A+M) в крови) и исследование уровня иммуноглобулина G в крови (IgG) и исследование уровня церулоплазмينا в крови (при диагностике) (пациентам с подозрением на аутоиммунные заболевания печени и болезнь Вильсона-Коновалова)	Да/Нет
5.	Выполнено УЗИ органов брюшной полости (комплексное) и/или компьютерная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний) (пациентам с подозрением на патологию билиарного тракта и инфильтративные процессы в печени)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение ацетилцистеином (пациентам с лекарственным поражением печени, вызванным парацетамолом)	Да/Нет
7.	Выполнено лечение левокарнитином (пациентам с лекарственным поражением печени, вызванным вальпроевой кислотой)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение преднизолоном (пациентам с аутоиммуноподобным фенотипом лекарственного поражения печени)	Да/Нет

9.	Выполнено лечение УДХК и/или адеметионином и/или фосфолипидами и/или инозин+ меглюмин+метионин+никотинамид+янтарной кислотой (при наличии показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнено лечение орнитином (пациентам с признаками печеночной энцефалопатии) (при наличии показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.11.24.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при неалкогольной жировой болезни печени (коды по МКБ - 10: K75.8, K76.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога или врача-терапевта первичный	Да/Нет
2.	Выполнена оценка кардиометаболических факторов риска	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнен биохимический общетерапевтический анализ крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ, глюкоза, общий билирубин, креатинин, общий ХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ)	Да/Нет
5.	Выполнено УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
6.	Выполнены расчет ИМТ, измерение окружности талии	Да/Нет
7.	Выполнен расчет FIB-4 или NFS	Да/Нет
8.	Выполнено назначение рекомендаций по изменению образа жизни (питанию, физической активности)	Да/Нет
9.	Выполнено диспансерное наблюдение.	Да/Нет

2.11.24.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при неалкогольной жировой болезни печени (коды по МКБ - 10: K75.8, K76.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога или врача-терапевта первичный	Да/Нет
2.	Выполнена оценка кардиометаболических факторов риска	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнен биохимический общетерапевтический анализ крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ, глюкоза, общий билирубин, креатинин, общий ХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ)	Да/Нет
5.	Выполнено УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
6.	Выполнены расчет ИМТ, измерение окружности талии	Да/Нет
7.	Выполнен расчет FIB-4 или NFS	Да/Нет
8.	Выполнено назначение рекомендаций по изменению образа жизни (питанию, физической активности)	Да/Нет

2.11.25.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при холецистите (коды по МКБ - 10: K81)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (свободный	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря и желчных протоков	Да/Нет

2.11.25.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при холецистите (коды по МКБ - 10: K81)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (свободный	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря и желчных протоков	Да/Нет
4.	Выполнена инфузионная терапия (пациентам с острым холециститом) (при наличии показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия (при остром холецистите) (при наличии показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое вмешательство в экстренной форме (при остром холецистите, осложненном перитонитом)	Да/Нет
7.	Выполнено хирургическое вмешательство в неотложной форме (при отсутствии эффекта от консервативного лечения)	Да/Нет
8.	Выполнено исследование общий (клинический) анализ крови и анализ крови биохимический общетерапевтический с исследованием уровня	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) или компьютерная томография органов брюшной полости (в	Да/Нет

2.11.26.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при желчнокаменной болезни (коды по МКБ - 10: K80, K81.1, K82.8, K83.0, K83.8, K83.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено назначение ультразвукового исследования органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза и при динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев)	Да/Нет
2.	Выполнено назначение анализа крови биохимического общетерапевтического (щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза, свободный и связанный билирубин)	Да/Нет
3.	Назначена урсодезоксихолевая кислота (при наличии холестериновых камней и отсутствии показаний к хирургическому лечению, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.11.26.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при желчнокаменной болезни (коды по МКБ - 10: K80, K81.1, K82.8, K83.0, K83.8, K83.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза, свободный и связанный билирубин)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение урсодезоксихолевой кислотой и/или нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами или другими анальгетиками и антипиретиками и/или холецистэктомия лапароскопическая или холецистэктомия малоинвазивная (в зависимости от медицинских показаний при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.11.27.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям 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.	Выполнено определение активности амилазы в крови	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости	Да/Нет
3.	Выполнена оценка органных и полиорганых дисфункций по шкале SOFA	Да/Нет
4.	Выполнено КТ/МРТ органов брюшной полости для определения локализации патологических очагов и планирования оперативного лечения перед проведением хирургического вмешательства	Да/Нет
5.	Выполнено бактериологическое исследование содержимого полученного при пункции или после выполнения санирующей операции	Да/Нет
6.	Выполнена госпитализация пациента в ОРИТ при выявлении органной недостаточности	Да/Нет
7.	Выполнена консервативная терапия (в ранней (I) фазе заболевания)	Да/Нет
8.	Выполнено хирургическое вмешательство в неотложной форме при развитии гнойных осложнений в поздней (II) фазе заболевания	Да/Нет

2.11.28.1. 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, K90.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение активности амилазы в крови	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием	Да/Нет
4.	Выполнена МРТ/МРХПГ (магнитно-резонансная холангиопанкреатография/магнитно-резонансная томография поджелудочной железы/магнитно-резонансная томография органов брюшной полости по отдельности либо в сочетании, в зависимости от клинической ситуации) у пациентов с хроническим панкреатитом и впервые выявленным кистозным образованием поджелудочной железы.	Да/Нет

5.	Выполнена эндосонография панкреатобилиарной зоны при клинических или лучевых признаках панкреатической или билиарной гипертензии, эндоскопических признаках изменений со стороны большого дуоденального сосочка)	Да/Нет
6.	Выполнено определение уровня IgG ₄ в сыворотке крови при аутоиммунной этиологии хронического панкреатита	Да/Нет
7.	Выполнено назначение анальгетиков или нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов при интенсивном болевом синдроме.	Да/Нет
8.	Выполнено назначение панкреатина в капсулах в дозе 40-50 тыс. МЕ липазы на основной приём пищи и 20-25 МЕ липазы на промежуточный прием пищи, кратностью не менее 5 раз/сут., для проведения заместительной терапии	Да/Нет
9.	Выполнена оценка начальной эффективности лечения по прибавке массы тела и снижению выраженности симптомов через 6 месяцев после начала заместительной ферментной терапии	Да/Нет

2.11.28.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хроническом панкреатите (коды по МКБ - 10: K86.0, K86.1, K86.2, K86.3, K86.8, K90.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение активности амилазы в крови	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием	Да/Нет
4.	Выполнена МРТ/МРХПГ (магнитно-резонансная холангиопанкреатография/магнитно-резонансная томография поджелудочной железы/магнитно-резонансная томография органов брюшной полости по отдельности либо в сочетании, в зависимости от клинической ситуации) у пациентов с хроническим панкреатитом и впервые выявленным кистозным образованием поджелудочной железы.	Да/Нет
5.	Выполнена эндосонография панкреатобилиарной зоны при клинических или лучевых признаках панкреатической или билиарной гипертензии, эндоскопических признаках изменений со стороны большого дуоденального сосочка)	Да/Нет
6.	Выполнено определение уровня IgG ₄ в сыворотке крови при аутоиммунной этиологии хронического панкреатита	Да/Нет
7.	Выполнено лечение анальгетиками или нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами при интенсивном болевом синдроме.	Да/Нет
8.	Выполнено лечение панкреатином в капсулах в дозе 40-50 тыс. МЕ липазы на основной приём пищи и 20-25 МЕ липазы на промежуточный прием пищи, кратностью не менее 5 раз/сут., для проведения заместительной терапии	Да/Нет
9.	Выполнен осмотр врачом-хирургом и врачом-эндоскопистом	Да/Нет
10.	Выполнена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными препаратами системного действия широкого спектра за 30 мин до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнено хирургическое вмешательство в плановой форме при неэффективности консервативного лечения	Да/Нет
12.	Выполнено патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала поджелудочной железы	Да/Нет

2.11.29.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при язвенном колите (коды по МКБ - 10: K51)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения

1.	Выполнена колоноскопия (с проведением илеоскопии) (при установлении диагноза и при решении вопроса о колэктомии (за исключением пациентов с острым тяжелым колитом))	Да/Нет
2.	Выполнена ректосигмоидоскопия (при остром тяжелом колите или сверхтяжелом колите) (при установлении диагноза и при отсутствии стриктур кишечника)	Да/Нет
3.	Выполнена биопсия тонкой кишки эндоскопическая и/или биопсия ободочной кишки эндоскопическая, и/или биопсия сигмовидной кишки с помощью видеоэндоскопических технологий, и/или биопсия прямой кишки с помощью видеоэндоскопических технологий (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	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 молекулярно-биологическое исследование фекалий на возбудителя диффициального клостридиоза (<i>Clostridium difficile</i>) (при остром начале диареи и/или при недавно проведенном курсе антибиотикотерапии или при недавнем пребывании в другом стационаре)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение препаратом 5-АСК и аналогичными препаратами (А07ЕС) (при легкой и среднетяжелой активности язвенного колита, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение кортикостероидами системного действия или азатиоприном, или меркаптопурином, или такролимусом, или циклоспорином, или инфликсимабом, или адалимумабом, или ведолизумабом или тофацитинибом или упадацитинибом (при тяжелом колите, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.11.30.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при желчнокаменной болезни (коды по МКБ - 10: K80.0, K80.1, K80.2, K80.3, K80.4, K80.5, K80.8, K82.0, K82.1, K82.2, K82.3, K82.4, K82.8, K83.1, K83.3, K83.8, K87.0, K91.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови.	Да/Нет
2.	Выполнен биохимический анализ крови общетерапевтический с оценкой активности АЛТ и АСТ, ЩФ, ГГТ, уровня общего и связанного билирубина, активности панкреатической амилазы.	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости с оценкой состояния печени, желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы.	Да/Нет

2.11.30.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при желчнокаменной болезни (коды по МКБ - 10: K80.0, K80.1, K80.2, K80.3, K80.4, K80.5, K80.8, K82.0, K82.1, K82.2, K82.3, K82.4, K82.8, K83.1, K83.3, K83.8, K87.0, K91.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови.	Да/Нет
2.	Выполнен биохимический анализ крови общетерапевтический с оценкой активности АЛТ и АСТ, ЩФ, ГГТ, уровня общего и связанного билирубина, активности панкреатической амилазы.	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости с оценкой состояния печени, желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы.	Да/Нет
4.	Выполнена магнитнорезонансная холангиопанкреатография или эндосонография панкреатобилиарной зоны при расширении желчных протоков и отсутствии четкой визуализации конкрементов в общем желчном протоке по данным УЗИ	Да/Нет
5.	Выполнена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография при выявлении с помощью УЗИ или других методов холедохолитиаза	Да/Нет

6.	Выполнено направление пациента с холедохолитиазом, выявленном при ультразвуковом исследовании в медицинскую организацию, где проводится эндоскопическое исследование и вмешательство при холедохолитиазе, при невозможности выполнения в данной медицинской организации	Да/Нет
7.	Выполнена инфузионная терапия пациентам с острым холециститом и осложненными формами холедохолитиаза	Да/Нет
8.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия при остром холецистите среднетяжёлого и тяжёлого течения.	Да/Нет
9.	Выполнена антибактериальная терапия при осложнении желчнокаменной болезни - остром холангите.	Да/Нет
10.	Выполнено хирургическое вмешательство в экстренной форме при остром холецистите, осложнённом перфорацией и диффузным или распространённым перитонитом.	Да/Нет
11.	Выполнено хирургическое вмешательство в неотложной форме при остром холецистите при отсутствии эффекта от консервативного лечения	Да/Нет
12.	Выполнена в неотложной форме эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией из общего желчного протока при холедохолитиазе.	Да/Нет
13.	Выполнена одномоментная операция холецистэктомия и холедохолитотомия в неотложной форме при невозможности или неэффективности эндоскопической литоэкстракции из общего желчного протока	Да/Нет

2.11.31.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при синдроме раздраженного кишечника (коды по МКБ - 10: K52.3, K52.9, K58.0, K58.1, K58.2, K58.3, K58.8, K58.9, K59.1, K59.2, K59.8, K59.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена колоноскопия с биопсией тонкой кишки эндоскопической (из терминального отдела подвздошной кишки) и биопсией ободочной кишки эндоскопической с патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала тонкой кишки и патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала толстой кишки	Да/Нет
2.	Выполнено лечение спазмолитиками (АТХ А03 Препараты для лечения функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение лоперамидом, и/или смектитом диоктаэдрическим, и/или рифаксиминном, и/или пробиотиками (А07FA) (при синдроме раздраженного кишечника с преобладанием диареи)	Да/Нет
4.	Выполнено лечение препаратами групп АТХ: А06АС или АТХ: А06AD или АТХ: А06АВ или АТХ: А06АХ05 (при синдроме раздраженного кишечника с преобладанием запора)	Да/Нет

2.11.31.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при синдроме раздраженного кишечника (коды по МКБ - 10: K52.3, K52.9, K58.0, K58.1, K58.2, K58.3, K58.8, K58.9, K59.1, K59.2, K59.8, K59.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена колоноскопия с биопсией тонкой кишки эндоскопической (из терминального отдела подвздошной кишки) и биопсией ободочной кишки эндоскопической с патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала тонкой кишки и патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала толстой кишки	Да/Нет
2.	Выполнено лечение спазмолитиками (АТХ А03 Препараты для лечения функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение лоперамидом, и/или смектитом диоктаэдрическим, и/или	Да/Нет

	рифаксимином, и/или пробиотиками (A07FA) (при синдроме раздраженного кишечника с преобладанием диареи)	
4.	Выполнено лечение препаратами групп АТХ: A06AC или АТХ: A06AD или АТХ: A06AB или АТХ: A06AX05 (при синдроме раздраженного кишечника с преобладанием запора)	Да/Нет

2.11.32.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при врожденной диафрагмальной грыже (коды по МКБ - 10: K44.0, K44.1, K44.9, Q40.1, Q79.0, Q79.1) (Врожденная диафрагмальная грыжа)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография легких пациентам с дыхательной недостаточностью и подозрением на диафрагмальную грыжу	Да/Нет
2.	Выполнено проведение респираторной поддержки	Да/Нет
3.	Выполнена терапия легочной гипертензии (при легочной гипертензии)	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента)	Да/Нет

2.11.32.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденной диафрагмальной грыже (коды по МКБ - 10: K44.0, K44.1, K44.9, Q40.1, Q79.0, Q79.1) (Врожденная диафрагмальная грыжа)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография легких пациентам с дыхательной недостаточностью и подозрением на диафрагмальную грыжу	Да/Нет
2.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
3.	Выполнена мультиспиральная компьютерная томография/магнитно-резонансная томография органов грудной клетки (при подозрении на врожденную диафрагмальную грыжу и/или при рецидиве врожденной диафрагмальной грыжи)	Да/Нет
4.	Выполнено проведение респираторной поддержки	Да/Нет
5.	Выполнена терапия легочной гипертензии (при легочной гипертензии)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента)	Да/Нет

2.11.33.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при грыжах передней брюшной стенки (коды по МКБ - 10: K40.0, K40.1, K40.2, K40.3, K40.4, K40.9, K42.0, K42.1, K42.9, K43.6, K43.7, K43.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование паховой области и мошонки (для подтверждения клинического диагноза)	Да/Нет

2.11.33.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при грыжах передней брюшной стенки (коды по МКБ - 10: K40.0, K40.1, K40.2, K40.3, K40.4, K40.9, K42.0, K42.1, K42.9, K43.6, K43.7, K43.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено хирургическое лечение по экстренным показаниям (при ущемлении косой паховой грыжи или при ущемлении пупочной грыжи)	Да/Нет
2.	Выполнено хирургическое лечение грыжи передней брюшной стенки	Да/Нет

2.11.34.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при кишечной инвагинации у детей (коды по МКБ - 10: K56.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-детским хирургом	Да/Нет

2.11.34.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при кишечной инвагинации у детей (коды по МКБ - 10: K56.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-детским хирургом	Да/Нет
2.	Выполнено диагностическое ультразвуковое исследование органов брюшной полости ультразвуковое исследование тонкой, толстой, сигмовидной и прямой кишок, ультразвуковое определение свободной жидкости в брюшной полости)	Да/Нет
3.	Выполнено лабораторное обследование при поступлении: общий (клинический) анализ крови, общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
4.	Выполнена консервативная дезинвагинация (освобождение кишки, внедренной в другую (инвагинации)) пневмостатическая или гидростатическая	Да/Нет
5.	Выполнена предоперационная подготовка при клинико-лабораторной картине развития осложнений заболевания (перфорация кишки, перитонит, тонкокишечная непроходимость).	Да/Нет
6.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия (после хирургического лечения заболевания с осложненным течением (некроз кишки, перфорация кишки, перитонит, тонкокишечная непроходимость))	Да/Нет
7.	Выполнено хирургическое лечение при неэффективности консервативной дезинвагинации и при диагностике осложнений (некроз кишки, перфорация кишки, перитонит, тонкокишечная непроходимость)	Да/Нет

2.11.35.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при болезни Крона (коды по МКБ - 10: K50)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-колопроктолога первичный (с обязательным трансректальным пальцевым исследованием)	Да/Нет
2.	Выполнена колоноскопия (с проведением илеоскопии) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена биопсия двенадцатиперстной кишки с помощью эндоскопии и/или биопсия тонкой кишки эндоскопическая, и/или биопсия ободочной кишки эндоскопическая, и/или биопсия сигмовидной кишки с помощью видеоэндоскопических технологий, и/или биопсия прямой кишки с помощью видеоэндоскопических технологий (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и/или компьютерная томография тонкой кишки с двойным контрастированием, и/или компьютерная томография толстой кишки с двойным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Назначено лечение антибактериальными препаратами системного действия (при выявлении воспалительного инфильтрата брюшной полости или внекишечных проявлений заболевания, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.11.35.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезни Крона (коды по МКБ - 10: K50)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-колопроктолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога первичный (с обязательным трансректальным пальцевым исследованием)	Да/Нет
2.	Выполнена колоноскопия (с проведением илеоскопии) (если не проводилась в течение 6 месяцев до момента госпитализации)	Да/Нет
3.	Выполнена биопсия двенадцатиперстной кишки с помощью эндоскопии и/или биопсия тонкой кишки эндоскопическая, биопсия ободочной кишки эндоскопическая, и/или биопсия сигмовидной кишки с помощью видеоэндоскопических технологий, и/или биопсия прямой кишки с помощью видеоэндоскопических технологий (при установлении диагноза и/или при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
4.	Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости или компьютерная томография органов брюшной полости (в течение не более 6 часов с момента госпитализации) (при наличии клинических признаков кишечной непроходимости)	Да/Нет
5.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и/или компьютерная томография тонкой кишки с двойным контрастированием, и/или компьютерная томография толстой кишки с двойным контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение кортикостероидами системного действия или ингибиторами фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), или устекинумабом, или ведолизумабом, или азатиоприном, или меркаптопурином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия (при выявлении воспалительного инфильтрата брюшной полости или внекишечных проявлений заболевания, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.11.36.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при острой кишечной непроходимости опухолевой этиологии (коды по МКБ - 10: K56.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено пальцевое ректальное обследование	Да/Нет
2.	Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости и/или компьютерная томография органов брюшной полости и малого таза	Да/Нет
3.	Выполнена оценка эффективности проводимой консервативной терапии каждые 6 часов	Да/Нет
4.	Выполнена разметка области выведения кишечной стомы перед хирургическим вмешательством по поводу острой кишечной непроходимости	Да/Нет
5.	Выполнена ликвидация кишечной непроходимости	Да/Нет

2.11.37.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при язвенном колите (коды по МКБ - 10: K51)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога первичный и/или	Да/Нет

	прием (осмотр, консультация) врача-колопроктолога первичный (с обязательным трансректальным пальцевым исследованием) (при установлении диагноза)	
2.	Выполнена колоноскопия или ректосигмоидоскопия (при установлении диагноза и при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование кала на наличие токсина клостридии диффициле (<i>Clostridium difficile</i>) или иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на токсины А и В клостридии диффициле (<i>Clostridium difficile</i>), или молекулярно-биологическое исследование фекалий на возбудителя диффициального клостридиоза (<i>Clostridium difficile</i>) (при остром начале диареи и/или при недавно проведенном курсе антибиотикотерапии или пребывании в стационаре)	Да/Нет
5.	Назначено лечение аminosалициловой кислотой и аналогичными препаратами (А07ЕС) или кортикостероидами для местного применения (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.11.37.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при язвенном колите (коды по МКБ - 10: K51)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-гастроэнтерологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара и/или ежедневный осмотр врачом-колопроктологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара (с обязательным трансректальным пальцевым исследованием) (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена колоноскопия (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе в течение предшествующих 12 месяцев)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) (при установлении диагноза и/или при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
4.	Выполнена биопсия ободочной кишки эндоскопическая и/или биопсия прямой кишки с помощью видеоэндоскопических технологий (при установлении диагноза и/или при отсутствии выполнения на предыдущем этапе, или если ранее установленный диагноз сомнителен, кроме стадии очень высокой активности заболевания)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение аminosалициловой кислотой и аналогичными препаратами (А07ЕС) и/или кортикостероидами системного действия, и/или другими иммунодепрессантами, и/или ингибиторами фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), или устекинумабом, или ведолизумабом, или тофацитинибом, и/или хирургическое лечение (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.11.38.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при болезни Крона (коды по МКБ - 10: K50, K52.3, K52.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия и/или колоноскопия (с проведением илеоскопии) (при установлении диагноза или через 6-12 месяцев после хирургического лечения)	Да/Нет
2.	Выполнена биопсия пищевода с помощью эндоскопии и/или биопсия желудка с помощью эндоскопии, и/или биопсия двенадцатиперстной кишки с помощью эндоскопии, и/или биопсия тонкой кишки эндоскопическая, и/или биопсия ободочной кишки эндоскопическая, и/или биопсия сигмовидной кишки с помощью	Да/Нет

	видеоэндоскопических технологий, и/или биопсия прямой кишки с помощью видеоэндоскопических технологий (при установлении диагноза)	
3.	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 молекулярно-биологическое исследование фекалий на возбудителя диффициального клостридиоза (<i>Clostridium difficile</i>) (при остром начале диареи и/или при недавно проведенном курсе антибиотикотерапии или пребывании в стационаре)	Да/Нет
4.	Выполнено лечение кортикостероидами для местного применения и/или кортикостероидами системного действия, и/или метотрексатом, и/или азатиоприном, или меркаптопурином, или инфликсимабом, или адалимумабом, или устекинумабом, или ведолизумабом или упадацитинибом (при индукции или поддержании ремиссии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный (в случае стриктурирующего, пенетрирующего или абсцедирующего течения болезни Крона, при перианальных поражениях, при определении показаний к хирургическому лечению)	Да/Нет

2.11.39.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при гастрите и дуодените у детей (коды по МКБ - 10: K29.0, K29.1, K29.3, K29.4, K29.5, K29.6, K29.7, K29.8, K29.9, K31.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с определением уровня гемоглобина, гематокрита, эритроцитов, цветового показателя, тромбоцитов, лейкоцитов с лейкоцитарной формулой	Да/Нет
2.	Выполнена ЭГДС пациентам с подозрением на гастрит и дуоденит, имеющим показания к проведению эндоскопического исследования	Да/Нет
3.	Выполнено определение инфицированности <i>H.pylori</i> при первичной диагностике – 13С-уреазный дыхательный тест на <i>Helicobacter Pylori</i> (быстрый уреазный тест), Микроскопическое исследование материала желудка на хеликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>) или Микробиологическое (культуральное) исследование биоптата стенки желудка на хеликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>), Микробиологическое (культуральное) исследование биоптатов слизистой желудка хеликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>).	Да/Нет
4.	Выполнена эрадикационная терапия (при выявлении показаний к эрадикации <i>H.pylori</i>)	Да/Нет

2.11.39.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при гастрите и дуодените у детей (коды по МКБ - 10: K29.0, K29.1, K29.3, K29.4, K29.5, K29.6, K29.7, K29.8, K29.9, K31.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с определением уровня гемоглобина, гематокрита, эритроцитов, цветового показателя, тромбоцитов, лейкоцитов с лейкоцитарной формулой	Да/Нет
2.	Выполнена ЭГДС пациентам с подозрением на гастрит и дуоденит, имеющим показания к проведению эндоскопического исследования	Да/Нет
3.	Выполнено определение инфицированности <i>H.pylori</i> при первичной диагностике – 13С-уреазный дыхательный тест на <i>Helicobacter Pylori</i> (быстрый уреазный тест), Микроскопическое исследование материала желудка на хеликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>) или Микробиологическое (культуральное) исследование	Да/Нет

	биооптата стенки желудка на хеликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>), Микробиологическое (культуральное) исследование биооптатов слизистой желудка хеликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>).	
4.	Выполнена эрадикационная терапия (при выявлении показаний к эрадикации <i>H.pylori</i>)	Да/Нет

2.11.40.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при грыже пищеводного отверстия диафрагмы (коды по МКБ - 10: K44.0, K44.1, K44.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга	Да/Нет
2.	Выполнена рентгеноскопия пищевода и желудка с барием или компьютерная томография (КТ) органов грудной полости в сочетании с КТ органов брюшной полости	Да/Нет
3.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия	Да/Нет

2.11.40.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при грыже пищеводного отверстия диафрагмы (коды по МКБ - 10: K44.0, K44.1, K44.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга	Да/Нет
2.	Выполнена рентгеноскопия пищевода и желудка с барием или компьютерная томография (КТ) органов грудной полости в сочетании с КТ органов брюшной полости	Да/Нет
3.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое лечение в плановой форме пациенту с ГПОД II, III и IV типов, а также с ГПОД I типа при наличии осложнений ГЭРБ или при неэффективности консервативного лечения ГЭРБ в течение 6 месяцев	Да/Нет
5.	Выполнена фундопликация при хирургическом лечении	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое вмешательство в экстренной форме при ущемлении грыжи	Да/Нет

2.11.41.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при прочих первичных грыжах брюшной стенки (коды по МКБ - 10: K42.0, K42.1, K42.9, K43.6, K43.7, K43.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови, общий (клинический) мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический перед операцией по поводу первичной грыжи брюшной стенки	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
4.	Выполнена консультация профильного врача-специалиста при наличии сопутствующих заболеваний перед операцией	Да/Нет

2.11.41.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при прочих первичных грыжах брюшной стенки (коды по МКБ - 10: K42.0, K42.1, K42.9, K43.6, K43.7, K43.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови, общий (клинический) мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический перед операцией по поводу первичной грыжи брюшной стенки	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
4.	Выполнена консультация профильного врача-специалиста при наличии сопутствующих заболеваний перед операцией	Да/Нет
5.	Выполнена антибиотикопрофилактика цефалоспорином первого поколения или ванкомицином (при доказанном риске MRSA) перед операцией	Да/Нет
6.	Выполнена профилактика тромбоэмболических осложнений перед операцией с учетом факторов риска	Да/Нет
7.	Выполнено оперативное лечение с использованием сетчатых эндопротезов или оперативное лечение с использованием видеоэндоскопических технологий или аутопластика в плановой форме	Да/Нет
8.	Выполнено оперативное вмешательство в экстренной форме при ущемлении грыжи	Да/Нет

2.11.42.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при остром парапроктите (код по МКБ-10: K61, K61.0, K61.1, K61.2, K61.3, K61.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-колопроктологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	Да/Нет
2.	Выполнено вскрытие острого гнойного парапроктита	Да/Нет

2.11.44.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при синдроме раздраженного кишечника (коды по МКБ - 10: K52.3, K52.9, K58.0, K58.1, K58.2, K58.3, K58.8, K58.9, K59.1, K59.2, K59.8, K59.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено лечение спазмолитиками (АТХ А03) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено лечение лоперамидом и/или рифаксимидом, и/или пробиотиками (АТХ А07FA) (при синдроме раздраженного кишечника с преобладанием диареи)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение слабительными средствами (АТХ: А06АС, или АТХ: А06AD, или АТХ: А06АВ) (при синдроме раздраженного кишечника с преобладанием запора)	Да/Нет

2.11.44.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при синдроме раздраженного кишечника (коды по МКБ - 10: K52.3, K52.9, K58.0, K58.1, K58.2, K58.3, K58.8, K58.9, K59.1, K59.2, K59.8, K59.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено лечение спазмолитиками (АТХ А03) (при наличии показаний и	Да/Нет

	отсутствии противопоказаний)	
2.	Выполнено лечение лоперамидом и/или рифаксимином, и/или пробиотиками (АТХ А07FA) (при синдроме раздраженного кишечника с преобладанием диареи)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение слабительными средствами (АТХ: А06АС, или АТХ: А06AD, или АТХ: А06АВ) (при синдроме раздраженного кишечника с преобладанием запора)	Да/Нет

2.11.45.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденной диафрагмальной грыже (коды по МКБ - 10: К44.0, К44.1, К44.9, Q40.1, Q79.0, Q79.1) (Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено рентгенологическое исследование с пероральным контрастированием (при подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы)	Да/Нет
2.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия с оценкой воспалительных изменений слизистой оболочки пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки (при подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при подозрении на осложненную форму грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (наличие заворота грыжевого содержимого))	Да/Нет
4.	Выполнена лапароскопическая хиатопластика и фундопликация	Да/Нет

2.11.46.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденной диафрагмальной грыже (коды по МКБ - 10: К44.0, К44.1, К44.9, Q40.1, Q79.0, Q79.1) (Грыжа переднего отдела диафрагмы)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено рентгенологическое исследование с пероральным контрастированием (при подозрении на грыжу переднего отдела диафрагмы)	Да/Нет
2.	Выполнена ирригография (при подозрении на грыжу переднего отдела диафрагмы)	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при подозрении на грыжу переднего отдела диафрагмы)	Да/Нет
4.	Выполнена лапароскопическая коррекция грыжи с иссечением грыжевого мешка	Да/Нет

2.11.47.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденной диафрагмальной грыже (коды по МКБ - 10: К44.0, К44.1, К44.9, Q40.1, Q79.0, Q79.1) (Релаксация диафрагмы)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена обзорная рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях (при подозрении на релаксацию диафрагмы)	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при подозрении на релаксацию диафрагмы)	Да/Нет
3.	Выполнена торакоскопическая пликация диафрагмы	Да/Нет

2.12. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ БОЛЕЗНЯХ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ

2.12.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при эпителиальном копчиковом ходе (коды по МКБ - 10: L05.0; L05.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения

1.	Выполнено вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса) (при остром воспалении эпителиального копчикового хода)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая зона)	Да/Нет

2.12.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при эпителиальном копчиковом ходе (коды по МКБ - 10: L05.0; L05.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено иссечение эпителиального копчикового хода (при неосложнённых формах хронического воспаления эпителиального копчикового хода)	Да/Нет
2.	Выполнено иссечение эпителиального копчикового хода с или без пластики раны местными тканями (при осложнённых формах хронического воспаления эпителиального копчикового хода)	Да/Нет

2.12.2.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при эритразме (коды по МКБ - 10: L08.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнено микроскопическое исследование соскоба с кожи из очагов поражения	Да/Нет
3.	Выполнена люминесцентная диагностика (осмотр под лампой Вуда)	Да/Нет
4.	Назначена терапия антибиотиками для местного назначения или противомикробными препаратами для лечения угревой сыпи или противогрибковыми препаратами для местного применения или кортикостероиды сильные в комбинации с другими препаратами и (дифлукортолон + изоконазол) и/или антибактериальных препаратов системного действия	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.12.3.1. 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 прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови пациентам с atopическим дерматитом, которым проводится системная терапия аброцитинибом или барицитинибом или дупилумабом или упадацитинибом или циклоспорином	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический пациентам с atopическим дерматитом, которым проводится системная терапия аброцитинибом или барицитинибом или дупилумабом или упадацитинибом или циклоспорином	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи пациентам с atopическим дерматитом, которым проводится системная терапия циклоспорином	Да/Нет
5.	Назначена наружная терапия глюкокортикоидами, применяемыми в дерматологии, и/или препаратами для лечения дерматита, кроме глюкокортикоидов, и/или другими дерматологическими препаратами	Да/Нет
6.	Назначена системная терапия кортикостероидами системного действия и/или циклоспорином и/или дупилумабом и/или барицитинибом и/или упадацитинибом и/или аброцитинибом и/или ультрафиолетовое облучение кожи и/или наружная терапия такролимусом пациентам с atopическим дерматитом средней и тяжелой степени тяжести	Да/Нет
7.	Назначено лечение антигистаминными средствами системного действия при зуде	Да/Нет
8.	Назначена наружная терапия антибиотиками и противомикробными средствами, применяемыми в дерматологии, и/или кортикостероидами в комбинации с антибиотиками и/или кортикостероидами в комбинации с другими средствами и/или антисептиками и дезинфицирующими средствами и/или другими лечебными	Да/Нет

	средствами и/или антибактериальными препаратами системного действия при вторичном инфицировании	
9.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.12.3.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при атопическом дерматите (коды по МКБ - 10: L20)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови пациентам с атопическим дерматитом, которым проводится системная терапия аброцитинибом или барицитинибом или дупилумабом или упадацитинибом или циклоспорином	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический пациентам с атопическим дерматитом, которым проводится системная терапия аброцитинибом или барицитинибом или дупилумабом или упадацитинибом или циклоспорином	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи пациентам с атопическим дерматитом, которым проводится системная терапия циклоспорином	Да/Нет
5.	Выполнена наружная терапия глюкокортикоидами, применяемыми в дерматологии, и/или препаратами для лечения дерматита, кроме глюкокортикоидов, и/или другими дерматологическими препаратами	Да/Нет
6.	Выполнена системная терапия кортикостероидами системного действия и/или циклоспорином и/или дупилумабом и/или барицитинибом и/или упадацитинибом и/или аброцитинибом и/или ультрафиолетовое облучение кожи и/или наружная терапия такролимусом пациентам с атопическим дерматитом	Да/Нет
7.	Выполнено лечение антигистаминными средствами системного действия при зуде	Да/Нет
8.	Выполнена наружная терапия антибиотиками и противомикробными средствами, применяемыми в дерматологии, и/или кортикостероидами в комбинации с антибиотиками и/или кортикостероидами в комбинации с другими средствами и/или антисептиками и дезинфицирующими средствами и/или другими лечебными средствами и/или антибактериальными препаратами системного действия при вторичном инфицировании	Да/Нет
9.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.12.4.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при себорейном дерматите (коды по МКБ - 10: L21)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Назначено лечение противогрибковыми препаратами для наружного применения	Да/Нет
3.	Назначено лечение кортикостероидами для лечения заболеваний кожи для наружного применения	Да/Нет
4.	Назначено лечение ингибиторами кальциневрина	Да/Нет
5.	Назначено лечение противогрибковыми препаратами для системного применения	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.12.4.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при себорейном дерматите (коды по МКБ - 10: L21)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнено лечение противогрибковыми препаратами для наружного применения	Да/Нет
3.	Выполнено лечение кортикостероидами для лечения заболеваний кожи для наружного применения	Да/Нет
4.	Выполнено лечение ингибиторами кальциневрина	Да/Нет

5.	Выполнено лечение противогрибковыми препаратами для системного применения	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.12.5.1. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Назначена наружная терапия кортикостероидами для дерматологического применения или средствами для лечения дерматита, кроме кортикостероидов	Да/Нет
3.	Назначено лечение антигистаминными средствами системного действия пациентам с жалобами на зуд	Да/Нет
4.	Назначено лечение кортикостероидами системного действия пациентам с неэффективностью наружной терапии или с высыпаниями, занимающими более 20% площади поверхности кожного покрова	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.12.5.2. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнена наружная терапия кортикостероидами для дерматологического применения или средствами для лечения дерматита, кроме кортикостероидов	Да/Нет
3.	Выполнено лечение антигистаминными средствами системного действия пациентам с жалобами на зуд	Да/Нет
4.	Выполнено лечение кортикостероидами системного действия пациентам с неэффективностью наружной терапии или с высыпаниями, занимающими более 20% площади поверхности кожного покрова	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.12.6.1. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Назначена наружная терапия кортикостероидами, применяемыми в дерматологии или другими препаратами, применяемыми в дерматологии (пимекролимус или такролимус или пиритион цинка)	Да/Нет
3.	Назначено лечение антигистаминными средствами системного действия пациентам с экземой, сопровождающейся зудом	Да/Нет
4.	Назначена наружная терапия кортикостероидами в комбинации с другими средствами или кортикостероидами в комбинации с антибиотиками и/или антисептиками и дезинфицирующими средствами пациентам с экземой, сопровождающейся инфицированием очагов поражения	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.12.6.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при экземе (коды по МКБ - 10: L30)

№	Критерии оценки качества	Оценка

п/п		выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнена наружная терапия кортикостероидами, применяемыми в дерматологии или другими препаратами, применяемыми в дерматологии (пимекролимус или такролимус или пиритион цинка)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение антигистаминными средствами системного действия пациентам с экземой, сопровождающейся зудом	Да/Нет
4.	Выполнена наружная терапия кортикостероидами в комбинации с другими средствами или кортикостероидами в комбинации с антибиотиками и/или антисептиками и дезинфицирующими средствами пациентам с экземой, сопровождающейся инфицированием очагов поражения	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.12.7.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при псориазе (коды по МКБ - 10: L40.0, L40.1, L40.2, L40.3, L40.4, L40.8, L40.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический: общий белок, глюкоза, креатинин, мочевая кислота, билирубин общий, холестерин общий, триглицериды, аланин-аминотрансфераза, аспартат-аминотрансфераза	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
5.	Назначено лечение кортикостероидами для дерматологического применения (для местного лечения заболеваний кожи) или препаратами для лечения псориаза для местного назначения другими и/или салициловой кислотой, и/или ретиноидами для лечения псориаза и/или иммунодепрессантами и/или метотрексатом и/или фототерапия	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.12.7.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при псориазе (коды по МКБ - 10: L40.0, L40.1, L40.2, L40.3, L40.4, L40.8, L40.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический: общий белок, глюкоза, креатинин, мочевая кислота, билирубин общий, холестерин общий, триглицериды, аланин-аминотрансфераза, аспартат-аминотрансфераза	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнено лечение кортикостероидами для дерматологического применения (для местного лечения заболеваний кожи) или препаратами для лечения псориаза для местного назначения другими и/или салициловой кислотой, и/или ретиноидами для лечения псориаза и/или иммунодепрессантами и/или метотрексатом и/или фототерапия	Да/Нет

6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.12.8.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной 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 прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
4.	Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.12.8.2. 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 прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
4.	Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.12.9.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при крапивнице (коды по МКБ - 10: L50, L50.0, L50.1, L50.2, L50.3, L50.4, L50.5, L50.6, L50.8, L50.9, T78.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный или врача-терапевта первичный или врач общей практики первичный	Да/Нет
2.	Выполнена терапия антигистаминными средствами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнена терапия глюкокортикоидами системного действия (при неэффективности антигистаминного средства системного действия и/или обострении крапивницы, при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога-иммунолога повторный/или прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога повторный и/или прием (осмотр, консультация) врача-педиатра повторный или врача-терапевта повторный или врач общей практики повторный	Да/Нет

2.12.9.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при крапивнице (коды по МКБ - 10: L50, L50.0, L50.1, L50.2, L50.3, L50.4, L50.5, L50.6, L50.8, L50.9, T78.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога	Да/Нет

	первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный или врача-терапевта первичный или врач общей практики первичный	
2.	Выполнено проведение общего (клинического) анализа крови	Да/Нет
3.	Выполнено проведение исследования уровня С-реактивного белка в сыворотке (СРБ)	Да/Нет
4.	Выполнено проведение исследования уровня общего иммуноглобулина Е (IgE) в крови	Да/Нет
5.	Выполнено проведение исследования уровня IgG антител к тиреопероксидазе в крови	Да/Нет
6.	Выполнена терапия антигистаминными средствами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнена терапия глюкокортикоидами системного действия (при неэффективности антигистаминного средства системного действия и/или обострении крапивницы, при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-аллергологом-иммунологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара и/или прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный или ежедневный осмотр врачом-дерматовенерологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара и/или прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	Да/Нет
9.	Выполнена терапия омализумабом (при хронической спонтанной /идиопатической крапивнице в случае, если симптомы сохраняются более 2-4 недель на фоне лечения антигистаминными средствами системного действия (неседативных, второго поколения) в увеличенной дозе (или ранее, если симптомы нестерпимы)	Да/Нет
10.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога-иммунолога повторный/или прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога повторный и/или прием (осмотр, консультация) врача-педиатра повторный или врача-терапевта повторный или врач общей практики повторный	Да/Нет

2.12.10.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при периоральном дерматите (коды по МКБ - 10: L71.0)

№	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Назначена «нулевая» или «зеро-терапия» при легком течении	Да/Нет
3.	Назначена наружная терапия в случае неэффективности «нулевой» терапии	Да/Нет
4.	Назначена системная терапия изотретиноином при неэффективности антибактериальной терапии	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.12.11.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при других атрофических изменениях кожи (коды по МКБ - 10: L90.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Назначена терапия неинвазивными методами: наружные косметические средства и/или массаж лица медицинский, и/или вакуумный массаж кожи, и/или броссаж кожи, и/или вибрационное воздействие, и/или криомассаж кожи, и/или ультразвуковые методы воздействия, и/или фототерапевтические методы, и/или неабляционное лазерное воздействие, и/или дерматологические пилинги, и/или микротоковое воздействие, и/или электростимуляция мышц лица, и/или	Да/Нет

	воздействие тока высокой частоты на кожу	
3.	Назначена терапия инвазивными методами: введение искусственных имплантатов в мягкие ткани и/или введение инъекционных тканевых наполнителей, и/или проведение лазерной шлифовки кожи, и/или внутримышечное введение лекарственных препаратов (Ботулинический токсин типа А — гемагглютинин комплекс)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.12.12.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при буллезном пемфигоиде (коды по МКБ - 10: L12.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый пациентам, получающим системную терапию.	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический пациентам, получающим системную терапию.	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи пациентам, получающим системную терапию.	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи и/или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи с применением иммунофлюоресцентных методов	Да/Нет
6.	Назначено лечение кортикостероидами системного действия и/или метотрексатом и/или циклофосфамидом или наружная терапия кортикостероидами с очень высокой активностью (группа IV)	Да/Нет
7.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.12.12.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при буллезном пемфигоиде (коды по МКБ - 10: L12.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый пациентам, получающим системную терапию.	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический пациентам, получающим системную терапию.	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи пациентам, получающим системную терапию.	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи и/или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи с применением иммунофлюоресцентных методов	Да/Нет
6.	Выполнено лечение кортикостероидами системного действия и/или метотрексатом и/или циклофосфамидом или наружная терапия кортикостероидами с очень высокой активностью (группа IV)	Да/Нет
7.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.12.13.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при гнездной алопеции (коды по МКБ - 10: L63)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет

2.	Назначена системная терапия (глюкокортикоидами или метотрексатом или циклоспорином) при тяжелых формах алопеции (субтотальной, тотальной, универсальной).	Да/Нет
3.	Назначена наружная терапия кортикостероидами, применяемыми в дерматологии или внутриочаговое введение глюкокортикоидов при локальной (ограниченной) формой гнездной алопеции.	Да/Нет
4.	Назначена наружная терапия миноксидилом 5% или 2% в стационарную или регрессирующую стадию гнездной алопеции взрослым пациентам.	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.12.14.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при локализованном гипертрихозе (коды по МКБ - 10: L68.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Назначена депиляция и/или проведен курс аппаратной электроэпиляции для волос всех цветов и/или для волос всех цветов, кроме депигментированных (белых, седых) курс фотоэпиляции с использованием широкополосного импульсного света (IPL) (500-1200 нм) и/или курс лазерной эпиляции с использованием александритового (755нм) или диодного лазера (810 нм)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.12.15.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при пузырчатке (коды по МКБ - 10: L10)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (с обязательным определением уровня тромбоцитов в крови)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, щелочной фосфатазы в крови, исследование уровня глюкозы, креатинина, общего белка, калия, натрия, общего кальция в крови)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала кожи или слизистой оболочки из очага поражения и/или патолого-анатомическое исследование биопсийного материала кожи с применением иммунофлюоресцентных методов	Да/Нет
6.	Выполнено цитологическое исследование на акантолитические клетки со дна эрозий слизистых оболочек и/или кожи	Да/Нет
7.	Назначено лечение кортикостероидами системного действия и/или ритуксимабом	Да/Нет
8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.12.15.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при пузырчатке (коды по МКБ - 10: L10)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (с обязательным определением уровня тромбоцитов в крови)	Да/Нет

3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, щелочной фосфатазы в крови, исследование уровня глюкозы, креатинина, общего белка, калия, натрия, общего кальция в крови)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала кожи или слизистой оболочки из очага поражения и/или патолого-анатомическое исследование биопсийного материала кожи с применением иммунофлюоресцентных методов	Да/Нет
6.	Выполнено цитологическое исследование на акантолитические клетки со дна эрозий слизистых оболочек и/или кожи	Да/Нет
7.	Выполнено лечение кортикостероидами системного действия и/или ритуксимабом	Да/Нет
8.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.13. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ БОЛЕЗНЯХ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

2.13.1.1. 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.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (до достижения ремиссии/низкого уровня активности – не реже 1 раза в 3 месяца и/или после достижения ремиссии/низкого уровня активности - не реже 1 раза в 6 месяцев)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, глюкоза, холестерин) (до достижения ремиссии/низкого уровня активности – не реже 1 раза в 3 месяца и/или после достижения ремиссии/низкого уровня активности - не реже 1 раза в 6 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)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови количественным методом (до достижения ремиссии/низкого уровня активности – не реже 1 раза в 3 месяца и/или после достижения ремиссии/низкого уровня активности - не реже 1 раза в 6 месяцев)	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
8.	Выполнена оценка активности ревматоидного артрита с использованием индекса DAS28	Да/Нет
9.	Выполнена рентгенография кистей и рентгенография плюсны и фаланг пальцев стопы (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев), за исключением III и IV стадий поражения суставов по Штейнброкеру	Да/Нет
10.	Выполнена внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном с применением генно-инженерных биопрепаратов и селективных иммунодепрессантов (L01XC, L04AB, L04AC, L04AA) (перед назначением и каждые 6 месяцев на фоне лечения)	Да/Нет
11.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (пациентам, постоянно получающим нестероидные противовоспалительные препараты (M01A) и/или глюкокортикоиды (H02AB), а также при наличии анемии или железодефицита) не реже 1 раза в год	Да/Нет
12.	Выполнена регистрация электрокардиограммы не реже 1 раза в год	Да/Нет
13.	Выполнена рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника и	Да/Нет

	проксимального отдела бедренной кости или выполнено направление в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследований (при высокой активности заболевания (стойкое увеличение СРБ более 20 мг/л) и/или при рентгенологической стадии III-IV по Штейнбрökerу или значение индекса HAQ более 1,25 и/или приеме глюкокортикоидов (H02AB) (более 3х месяцев в дозе более 5 мг/сут)) не реже 1 раза в 12 месяцев	
14.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости или выполнено направление в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследований (пациентам, имеющим клинические признаки поражения легких с или без рентгенологических изменений, выявленных при рентгенографии органов грудной клетки)	Да/Нет
15.	Выполнена обзорная рентгенография органов грудной клетки не реже 1 раза в год	Да/Нет
16.	Назначено лечение антагонистом фолиевой кислоты из группы антиметаболитов (L01BA) и/или группы аминосалициловой кислоты и аналогичных лекарственных препаратов (A07EC) и/или группы аминохинолины (P01BA) с момента постановки диагноза и продолжена терапия при условии достижения умеренного эффекта (снижение индекса DAS28 > 0,6 балла от исходного при сохранении умеренной активности болезни и снижение индекса DAS28 > 1,2 балла от исходного при сохранении высокой активности болезни по критериям EULAR) (при наличии медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.13.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ревматоидном артрите (коды по МКБ - 10: M05, M06)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (до достижения ремиссии/низкого уровня активности – не реже 1 раза в 3 месяца и/или после достижения ремиссии/низкого уровня активности - не реже 1 раза в 6 месяцев)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, глюкоза, холестерин) (до достижения ремиссии/низкого уровня активности – не реже 1 раза в 3 месяца и/или после достижения ремиссии/низкого уровня активности - не реже 1 раза в 6 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)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови количественным методом (до достижения ремиссии/низкого уровня активности – не реже 1 раза в 3 месяца и/или после достижения ремиссии/низкого уровня активности - не реже 1 раза в 6 месяцев)	Да/Нет
7.	Выполнено определение содержания антинуклеарных антител к Sm-антигену или выполнено направление в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследований (при подозрении на синдром Шегрена)	Да/Нет
8.	Выполнено определение содержания в сыворотке крови антинуклеарного фактора (АНФ Нер2) или выполнено направление в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследований (пациентам с недифференцированным артритом и подозрением на ревматоидный артрит)	Да/Нет
9.	Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический (перед назначением ингибиторов ИЛ6 (L04AC) и ингибиторов Янус-киназ (L04AA))	Да/Нет
10.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
11.	Выполнена оценка активности ревматоидного артрита с использованием индекса DAS28	Да/Нет

12.	Выполнена рентгенография кистей и рентгенография плюсны и фаланг пальцев стопы (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев), за исключением III и IV стадий поражения суставов по Штейнброкеру	Да/Нет
13.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (пациентам, постоянно получающим нестероидные противовоспалительные препараты (M01A) и/или глюкокортикоиды (H02AB), а также при наличии анемии или железодефицита) не реже 1 раза в год	Да/Нет
14.	Выполнена регистрация электрокардиограммы не реже 1 раза в год	Да/Нет
15.	Выполнена рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости или выполнено направление в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследований (при высокой активности заболевания (стойкое увеличение СРБ более 20 мг/л) и/или при рентгенологической стадии III-IV по Штейнброкеру или значение индекса HAQ более 1,25 и/или приеме глюкокортикоидов (H02AB) (более 3х месяцев в дозе более 5 мг/сут)) не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
16.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости или выполнено направление в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследований (пациентам, имеющим клинические признаки поражения легких с или без рентгенологических изменений, выявленных при рентгенографии органов грудной клетки)	Да/Нет
17.	Выполнена обзорная рентгенография органов грудной клетки не реже 1 раза в год	Да/Нет
18.	Выполнено лечение антагонистом фолиевой кислоты из группы антиметаболитов (L01BA) и/или группы аминосалициловой кислоты и аналогичных лекарственных препаратов (A07EC) и/или группы аминохинолины (P01BA) с момента постановки диагноза и продолжена терапия при условии достижения умеренного эффекта (снижение индекса DAS28 > 0,6 балла от исходного при сохранении умеренной активности болезни и снижение индекса DAS28 > 1,2 балла от исходного при сохранении высокой активности болезни по критериям EULAR) (при наличии медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
19.	Выполнено лечение генно-инженерными биологическими препаратами и селективными иммунодепрессантами (L01, L04) при наличии факторов риска неблагоприятного прогноза (раннее развитие эрозий суставов, высокие титры ревматоидного фактора и антител к циклическому цитрулиновому пептиду (анти-CCP), высокая клиническая и лабораторная активность) и/или недостаточной эффективности (сохранение умеренной/высокой активности в течение не менее 3 месяцев) и/или плохой переносимости терапии метотрексатом (L01BA) (включая подкожную форму препарата) или выполнено направление в специализированную медицинскую организацию для выполнения лечения генно-инженерными биологическими препаратами и селективными иммунодепрессантами (L01, L04) (при наличии медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.13.2.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при юношеском артрите с системным началом (код по МКБ-10: M08.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения (Да/Нет)
1	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный (с выполнением оценки эффективности и безопасности терапии)	Да/Нет
2	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога повторный (с оценкой эффективности и безопасности терапии не реже 1 раза в мес. после инициации/коррекции терапии и не реже одного раза в 3 мес. после достижения ремиссии заболевания, с оценкой необходимости направления на внеплановую госпитализацию в ревматологическое отделение стационара, инициировавшего терапию генно-инженерным биологическим препаратом и/или иммунодепрессантом на любом этапе лечения при развитии обострения/осложнений, сопутствующих	Да/Нет

	заболеваний, осложнений/побочных эффектов/стойкой непереносимости терапии и направлением на плановую госпитализацию в ревматологическое отделение стационара, инициировавшего терапию генно-инженерным биологическим препаратом и/или иммунодепрессантом через 3 и 6 мес. после назначения/коррекции терапии и далее каждые 6 мес. и с проведением дистанционной консультации с врачом–ревматологом стационара, инициировавшего назначение терапии, всем пациентам при развитии любых признаков неэффективности и/или непереносимости терапии)	
3	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (не реже 1 раза в 2-4 нед.)	Да/Нет
4	Выполнено исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови, исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня мочевой кислоты в крови, исследование уровня глюкозы в крови, исследование уровня ферритина в крови, исследование уровня триглицеридов в крови, исследование уровня натрия в крови, исследование уровня калия в крови, исследование уровня общего кальция в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, определение активности аспаратаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности гамма- глутамилтрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови сыворотки крови (не реже 1 раза в 2-4 нед.)	Да/Нет
5	Выполнено исследование уровня холестерина в крови (пациентам, получающим глюкокортикоиды, не реже 1 раза в 2-4 недели)	Да/Нет
6	Выполнено определение антистрептолизина-О в сыворотке крови (не реже 1 раза в 3 мес.)	Да/Нет
7	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (не реже 1 раза в 3 мес.)	Да/Нет
8	Выполнено определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме, определение тромбинового времени в крови, определение активированного частичного тромбопластинового времени, определение концентрации Д-димера в крови (пациентам, получающим антитромботические средства, не реже 1 раза в мес.)	Да/Нет
9	Выполнено исследование уровня гепарина в крови (пациентам, получающим прямые ингибиторы фактора Ха, не реже 1 раза в мес.)	Да/Нет
10	Выполнено определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК (пациентам, получающим ингибиторы ФНО-альфа, не реже 1 раза в 3 мес.)	Да/Нет
11	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (не реже 1 раза в мес.)	Да/Нет
12	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное), эхокардиография, ультразвуковое исследование почек (пациентам, получающим противоревматические препараты и/или при наличии жалоб, не реже 1 раза в 6 мес.)	Да/Нет
13	Выполнена эхокардиография (не реже 1 раза в 6 мес.)	Да/Нет
14	Выполнено ультразвуковое исследование сустава (при наличии болей в суставе и/или при деформации сустава, и/или при ограничении движения в суставе)	Да/Нет
15	Назначено лечение ибупрофеном или нимесулидом, или диклофенаком, или мелоксикамом при наличии лихорадки и/или болевого синдрома (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16	Выполнено введение канакиумаба или анакинры, или тоцилизумаба, или адалимумаба, или этанерцепта, или голимумаба, или абатацепта (в соответствии с назначениями ревматологического стационара) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17	Выполнено лечение тофацитинибом или упадацитинибом (в соответствии с назначениями ревматологического стационара) (у пациентов с активным артритом, в комбинации с ГИБП) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

18	Выполнено введение метотрексата или лефлуномида (в соответствии с назначениями ревматологического стационара) (у пациентов с активным артритом, в комбинации с ГИБП) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
19	Выполнено введение филграстима (пациентам при снижении уровня лейкоцитов с абсолютным числом нейтрофилов $<1,0 \times 10^9/\text{л}$) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
20	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (с проведением биомикроскопии глаза не позднее чем через 7 дней после выписки из стационара при наличии офтальмологической патологии)	Да/Нет
21	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога (с проведением биомикроскопии глаза, не реже 1 раза в 3 мес.)	Да/Нет
22	Выполнена очаговая проба с туберкулином или внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном (не реже 1 раза в 6 мес.)	Да/Нет
23	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (не реже 1 раза в 6 мес.)	Да/Нет
24	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный (при наличии положительной очаговой пробы и/или внутрикожной пробы с туберкулезным аллергеном с туберкулином, и/или с инфильтративными очагами в легких)	Да/Нет
25	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный (пациентам с патологией ЛОР-органов, не позднее чем через 7 дней после выписки из стационара)	Да/Нет
26	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога (не реже 1 раза в 3 мес.)	Да/Нет
27	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный (пациентам, которым необходима санация очагов хронической инфекции и лечение острой инфекции ротовой полости)	Да/Нет

2.13.2.2. Критерии оценки качества специализированной помощи детям при юношеском артрите с системным началом (код по МКБ-10: M08.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения (Да/Нет)
1.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-ревматологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара (с выполнением оценки эффективности по критериям АКРпеди или С.Wallace и безопасности терапии и с проведением дистанционной консультации с врачом-ревматологом стационара, инициировавшего назначение терапии, всем пациентам при развитии любых признаков неэффективности и/или непереносимости терапии)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (не реже 1 раза в 7 дней)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови, исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня мочевой кислоты в крови, исследование уровня глюкозы в крови, исследование уровня ферритина в крови, исследование уровня триглицеридов в крови, исследование уровня холестерина в крови, исследование уровня натрия в крови, исследование уровня калия в крови, исследование уровня общего кальция в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности гамма-глутамилтранспептидазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование уровня холестерина липопротеинов низкой плотности, определение активности креатинкиназы в крови, определение активности панкреатической амилазы в крови, определение активности липазы в крови	Да/Нет

	исследование уровня общего белка в крови (не реже 1 раза в 7 дней)	
4.	Выполнено исследование уровня железа в крови (пациентам с уровнем гемоглобина ниже референсного значения по данным общего (клинического) анализа крови развернутого)	Да/Нет
5.	Выполнено определение антистрептолизина-О в сыворотке крови (при установлении диагноза и далее при каждой госпитализации) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (не реже 1 раза в 7 дней)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня гепарина в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии, и/или пациентам, получающим прямые ингибиторы фактора Ха) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
8.	Выполнено определение протромбинового индекса, исследование уровня растворимых фибринмономерных комплексов в крови, определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме, определение активированного частичного тромбопластинового времени, определение тромбинового времени в крови, исследование уровня протеина С в крови, определение активности протеина S в крови, исследование уровня плазминогена в крови, исследование уровня фибриногена в крови, определение концентрации Д-димера в крови, исследование активности и свойств фактора Виллебранда в крови, определение активности антитромбина III в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии, и/или пациентам, получающим антитромботические средства) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
9.	Выполнено исследование уровня иммуноглобулинов в крови (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
10.	Выполнено определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК (при установлении диагноза и/или пациентам, получающим ингибиторы ФНО-альфа), определение содержания антител к РНК в крови, определение содержания ревматоидного фактора в крови, определение маркеров ANCA-ассоциированных васкулитов: PR3 (с-ANCA), МПО (р-ANCA), определение содержания антицентромерных антител в крови, определение содержания антител к циклическому цитрулиновому пептиду (анти-CCP) в крови, определение содержания антител к фосфолипидам в крови, определение содержания антител к кардиолипину в крови, определение содержания антител к бета-2-гликопротеину в крови (при установлении диагноза) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
11.	Выполнено исследование уровня прокальцитонина (при установлении диагноза и/или пациентам с лихорадкой, и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
12.	Выполнено исследование популяций лимфоцитов (при установлении диагноза и/или пациентам, получающим ритуксимаб, и/или пациентам, часто болеющим вирусными, гнойными бактериальными инфекциями, в том числе оппортунистическими инфекциями) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
13.	Выполнено определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein - Barr virus) методом ПЦР в периферической и пуповинной крови, количественное исследование (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
14.	Выполнено определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) методом ПЦР в периферической и пуповинной крови, количественное исследование (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
15.	Выполнено определение ДНК простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) методом ПЦР в крови, количественное исследование (при установлении	Да/Нет

	диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	
16.	Выполнен комплекс исследований для диагностики криопирин-ассоциированных синдромов (при установлении диагноза)	Да/Нет
17.	Выполнено определение антигена HLA-B27 методом проточной цитофлуориметрии (при установлении диагноза)	Да/Нет
18.	Выполнено определение антител к сальмонелле кишечной (<i>Salmonella enterica</i>) в крови, определение антител к сальмонелле тифи (<i>Salmonella typhi</i>) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза (<i>Yersinia pseudotuberculosis</i>) в крови, определение антител к сероварам иерсинии энтероколита (<i>Yersinia enterocolitica</i>) в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
19.	Выполнено определение антител классов M, G (IgM, IgG) к шигелле Боуди (<i>Shigella boydii</i>) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к шигелле дизентерии (<i>Shigella dysenteriae</i>) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к шигелле Зонне (<i>Shigella sonnei</i>) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к шигелле Флекснера (<i>Shigella flexneri</i>) в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
20.	Выполнено определение антител классов A, M, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии птичьей (<i>Chlamydia psittaci</i>) в крови; определение антител к хламидии пневмонии (<i>Chlamydia pneumoniae</i>) в крови, определение антител класса G (IgG) к хламидии трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>) в крови; определение антител классов M, G (IgM, IgG) к микоплазме пневмонии (<i>Mycoplasma pneumoniae</i>) в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
21.	Выполнено определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейна-Барра (Epstein - Barr virus) в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
22.	Выполнено определение антител классов M, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
23.	Выполнено определение антител к вирусу простого герпеса (Herpes simplex virus) в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
24.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
25.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность, микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии, и/или пациентам с лихорадкой) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
26.	Выполнено исследование уровня кальпротектина в кале (при установлении диагноза)	Да/Нет
27.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (не реже 1 раза в 7 дней)	Да/Нет
28.	Выполнено комплексное ультразвуковое исследование внутренних органов (включает УЗИ органов брюшной полости (комплексное), УЗИ почек) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
29.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (не применяется при	Да/Нет

	госпитализациях только для введения ГИБП)	
30.	Выполнена эхокардиография (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
31.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
32.	Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости, магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства и магнитно-резонансная томография органов малого таза или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
33.	Выполнено ультразвуковое исследование сустава (при наличии болей в суставе и/или при деформации сустава, и/или при ограничении движения в суставе) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
34.	Выполнена компьютерная томография сустава (при наличии болей в суставе и/или при деформации сустава, и/или при ограничении движения в суставе) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
35.	Выполнена магнитно-резонансная томография сустава (один сустав) (при наличии болей в суставе и/или при деформации сустава, и/или при ограничении движения в суставе) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
36.	Выполнена рентгенография височно-нижнечелюстного сустава и/или рентгенография локтевого сустава, и/или рентгенография лучезапястного сустава, и/или рентгенография коленного сустава, и/или рентгенография плечевого сустава, и/или рентгенография тазобедренного сустава, и/или рентгенография голеностопного сустава (при наличии артрита височно-нижнечелюстного сустава и/или артрита локтевого сустава, и/или артрита лучезапястного сустава, и/или артрита коленного сустава, и/или артрита плечевого сустава, и/или артрита тазобедренного сустава, и/или артрита голеностопного сустава и при невозможности выполнения компьютерной томографии сустава) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
37.	Выполнена вакцинация (профилактика пневмококковой инфекции) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
38.	Выполнена пульс-терапия метилпреднизолоном (пациентам с фебрильной или гектической лихорадкой, и/или с серозитом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
39.	Выполнено лечение тоцилизумабом или канакинумабом, или анакинрой, или адалимумабом, или этанерцептом, или голимумабом или абатацептом, или ритуксимабом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
40.	Выполнено лечение тофацитинибом или упадацитинибом (у пациентов с активным артритом, в комбинации с ГИБП) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
41.	Выполнено лечение метотрексатом или лефлуномидом (у пациентов с активным артритом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
42.	Выполнено лечение филграстимом (пациентам при снижении уровня лейкоцитов с абсолютным числом нейтрофилов $<1,0 \times 10^9/\text{л}$) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

43.	Выполнено лечение памидроновой кислотой или алендроновой кислотой, или золедроновой кислотой, или ибандроновой кислотой (пациентам с вторичным остеопорозом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
44.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (с проведением биомикроскопии глаза) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
45.	Выполнена очаговая проба с туберкулином или внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном (не реже 1 раза в 6 мес.) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
46.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (не реже 1 раза в 6 мес.) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
47.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза и пациентам, получающим нестероидные противовоспалительные и/или глюкокортикоиды, и/или пациентам с диспепсическими явлениями)	Да/Нет
48.	Выполнена колоноскопия (при установлении диагноза и/или пациентам с подозрением на воспалительное заболевание кишечника)	Да/Нет
49.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала толстой кишки (при проведении биопсии толстой кишки) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
50.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза или при подозрении на онкогематологическое заболевание)	Да/Нет
51.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костной ткани (пациентам с очагами деструкции в костях) (при установлении диагноза или при подозрении на онкологическое заболевание или остеомиелит)	Да/Нет
52.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла (пациентам с выраженным увеличением размеров периферических и/или внутригрудных, и/или внутрибрюшных лимфатических узлов) (при установлении диагноза или при подозрении на онкологическое, онкогематологическое заболевание или лимфопролиферативное заболевание)	Да/Нет
53.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный (при наличии положительной очаговой пробы и/или внутрикожной пробы с туберкулезным аллергеном с туберкулином, и/или с инфильтративными очагами в легких) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
54.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный (при установлении диагноза и пациентам, которым необходима санация очагов хронической инфекции или лечение острой инфекции ЛОР органов)	Да/Нет
55.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - детского онколога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-гематолога первичный (пациентам, у которых по результатам обследования заподозрено/выявлено онкологическое/ онкогематологическое/ лимфопролиферативное заболевание, или метастатическое поражение)	Да/Нет

2.13.3.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при коксартрозе (коды по МКБ -10: M16, M16.0, M16.1, M16.2, M16.3, M16.4, M16.5, M16.6, M16.7, M16.9, M24.6, M24.7)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнено исследование - рентгенография тазобедренного сустава и/или компьютерная томография сустава, и/или магнитно-резонансная	Да/Нет

	томография суставов (один сустав) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	
3.	Выполнено исследование -рентгенография тазобедренного сустава в двух проекциях после операции эндопротезирования тазобедренного сустава через 3 и 12 месяцев, а затем один раз в пять лет	Да/Нет
4.	Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами (при болевом синдроме в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена профилактика тромбоза глубоких вен (ТГВ) и тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) медикаментозными и немедикаментозными методами после реконструктивной органосохраняющей операции или эндопротезирования сустава.	Да/Нет
6.	Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы	Да/Нет

2.13.3.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при коксартрозе (коды по МКБ -10: M16, M16.0, M16.1, M16.2, M16.3, M16.4, M16.5, M16.6, M16.7, M16.9, M24.6, M24.7)

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

2.13.4.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при гонартрозе (коды по МКБ - 10: M17, M17.0, M17.1, M17.2, M17.3, M17.4, M17.5, M17.9, M24.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнено исследование - рентгенография коленного сустава в 2-х проекциях и/или компьютерная томография нижней конечности, и/или магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
3.	Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием	Да/Нет

	опорно-двигательной системы	
4.	Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами (НПВП) (при болевом синдроме в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена профилактика тромбоза глубоких вен (ТГВ) и тромбозов легочной артерии (ТЭЛА) медикаментозными и немедикаментозными методами после реконструктивной органосохраняющей операции или эндопротезирования сустава	Да/Нет
6.	Выполнено исследование рентгенография коленного сустава в двух проекциях в сроки 6 и 12 месяцев после перенесенной операции	Да/Нет

2.13.4.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гонартрозе (коды по МКБ - 10: M17, M17.0, M17.1, M17.2, M17.3, M17.4, M17.5, M17.9, M24.5)

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

2.13.5.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям: при болезни Шейермана (коды по МКБ -10: M40.0, M40.1, M40.2, M42.0, Q76.4, Q77.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга	Да/Нет
2.	Выполнена консультация невролога и/или консультация нейрохирурга и/или консультация кардиолога и/или консультация пульмонолога и/или консультация педиатра (при наличии осложнений основного заболевания)	Да/Нет

	и/или при планировании хирургического лечения)	
3.	Выполнена рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника и/или компьютерная томография позвоночника (один отдел), и/или магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел), и/или топография позвоночника компьютерная оптическая	Да/Нет
4.	Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами из группы M01A и/или парацетамолом и/или габапентиноиды и опиоиды немедленного высвобождения (при болевом синдроме в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена лечебная физкультура при заболеваниях позвоночника и/или лечебное плавание в бассейне, и/или массаж при заболеваниях позвоночника	Да/Нет

2.13.5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям: при болезни Шейермана (коды по МКБ -10: M40.0, M40.1, M40.2, M42.0, Q76.4, Q77.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга	Да/Нет
2.	Выполнена консультация невролога и/или консультация нейрохирурга и/или консультация кардиолога и/или консультация пульмонолога и/или консультация педиатра (при наличии осложнений основного заболевания и/или при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
3.	Выполнена рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника и/или компьютерная томография позвоночника (один отдел), и/или магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел), и/или топография позвоночника компьютерная оптическая	Да/Нет
4.	Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами из группы M01A и/или парацетамолом и/или габапентиноиды и опиоиды немедленного высвобождения (при болевом синдроме в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое лечение (при неэффективности консервативной терапии, бурном прогрессировании деформации позвоночника и наличии исходно грубых деформаций)	Да/Нет
6.	Выполнена лечебная физкультура при заболеваниях позвоночника и/или лечебное плавание в бассейне, и/или массаж при заболеваниях позвоночника	Да/Нет

2.13.6.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при нервно-мышечном сколиозе (коды по МКБ -10: M41.4)

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

	поясничного и крестцового отдела позвоночника и/или рентгенография таза	

2.13.6.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при нервно-мышечном сколиозе (коды по МКБ -10: M41.4)

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

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

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

2.13.8.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при патологических переломах, осложняющих остеопороз (коды по МКБ - 10: M80.0, M80.1, M80.2, M80.3, M80.4, M80.5, M80.8, M80.9)

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

2.13.8.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при патологических переломах, осложняющих остеопороз (коды по МКБ - 10: M80.0, M80.1, M80.2, M80.3, M80.4, M80.5, M80.8, M80.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография пораженной части костного скелета и/или компьютерная томография кости, и/или магнитно-резонансная томография костной ткани (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий кальций, ионизированный кальций, неорганический фосфор, щелочная фосфатаза, креатинин) при установлении диагноза и/или для коррекции дозы препаратов базисной терапии и оценки уровней маркеров ремоделирования для назначения патогенетической терапии остеопороза	Да/Нет
4.	Выполнено лечение кальция карбонатом + колекальциферолом или альфакальцидолом + кальция карбонатом, или остеогеноном и колекальциферолом, или остеогеноном и альфакальцидолом с первых дней после перелома, (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено наложение корсета при патологии поясничного отдела позвоночника	Да/Нет

6.	Выполнена лечебная физкультура при переломе костей и/или лечебная физкультура при заболеваниях позвоночника	Да/Нет
7.	Выполнено лечение золедроновой кислотой или деносумабом через 1–2 мес. с момента перелома при переломе проксимального отдела бедренной кости или при нарушениях консолидации и удовлетворительном стоянии отломков плечевой кости (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.13.9.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии (коды по МКБ - 10: M51.1, G55.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография пораженной части костного скелета и/или компьютерная томография кости, и/или магнитно-резонансная томография костной ткани (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий кальций, ионизированный кальций, неорганический фосфор, щелочная фосфатаза, креатинин) при установлении диагноза и/или для коррекции дозы препаратов базисной терапии и оценки уровней маркеров ремоделирования для назначения патогенетической терапии остеопороза	Да/Нет
4.	Выполнено лечение кальция карбонатом + колекальциферолом или альфакальцидолом + кальция карбонатом, или остеогеноном и колекальциферолом, или остеогеноном и альфакальцидолом с первых дней после перелома, (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено наложение корсета при патологии поясничного отдела позвоночника	Да/Нет
6.	Выполнена лечебная физкультура при переломе костей и/или лечебная физкультура при заболеваниях позвоночника	Да/Нет
7.	Выполнено лечение золедроновой кислотой или деносумабом через 1–2 мес. с момента перелома при переломе проксимального отдела бедренной кости или при нарушениях консолидации и удовлетворительном стоянии отломков плечевой кости (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.13.9.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии (коды по МКБ - 10: M51.1, G55.1)

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

2.13.10.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при скелетно-мышечных (неспецифических) болях в нижней части спины (коды по МКБ - 10: M54.5)

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

2.13.10.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при скелетно-мышечных (неспецифических) болях в нижней части спины (коды по МКБ - 10: M54.5)

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

2.13.11.1. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный или прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный, или прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный (с оценкой риска перелома по шкале FRAX впервые обратившихся женщин в постменопаузе и мужчин старше 50 лет)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при впервые установленном диагнозе или при неэффективности лечения)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня общего кальция, креатинина, неорганического фосфора, определение активности щелочной фосфатазы в крови)	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника (при болевом синдроме в спине, при длительно некомпенсированном сахарном диабете, 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
5.	Выполнена рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника и/или рентгеноденситометрия проксимального отдела бедренной кости и/или определение С-концевого телопептида в крови, и/или исследование уровня N-терминального пропептида проколлагена 1-го типа (P1NP) в крови	Да/Нет

6.	Выполнено лечение бисфосфонатами (алендроновая кислота или ибандроновая кислота или ризедоновая кислота или золедроновая кислота) или деносумабом, или терипаратидом в сочетании с соединениями кальция и колекальциферолом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.13.11.2. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный или прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный, или прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный (с оценкой риска перелома по шкале FRAX впервые обратившихся женщин в постменопаузе и мужчин старше 50 лет)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (при впервые установленном диагнозе или при неэффективности лечения)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня общего кальция, креатинина, неорганического фосфора, определение активности щелочной фосфатазы в крови)	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника (при болевом синдроме в спине, при длительно некомпенсированном сахарном диабете, 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
5.	Выполнена рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника и/или рентгеноденситометрия проксимального отдела бедренной кости и/или определение С-концевого телопептида в крови, и/или исследование уровня N-терминального пропептида проколлагена 1-го типа (PINP) в крови	Да/Нет
6.	Выполнено лечение бисфосфонатами (алендроновая кислота или ибандроновая кислота или ризедоновая кислота или золедроновая кислота) или деносумабом, или терипаратидом в сочетании с соединениями кальция и колекальциферолом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.13.12.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при соматической дисфункции (коды по МКБ - 10: M99.0, M99.8, M99.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врачом-остеопатом	Да/Нет
2.	Выполнено оформление остеопатического заключения с указанием доминирующей соматической дисфункции	Да/Нет
3.	Выполнен сбор жалоб пациента	Да/Нет
4.	Выполнен сбор анамнеза заболевания и анамнеза жизни	Да/Нет
5.	Выполнен визуальный осмотр остеопатический и пальпация остеопатическая	Да/Нет
6.	Выполнена остеопатическая коррекция соматических дисфункций в соответствии с остеопатическим заключением	Да/Нет
7.	Выполнено назначение рекомендаций по соблюдению оптимального двигательного стереотипа, рациональному питанию	Да/Нет
8.	Выполнено заполнение медицинской документации (бланк «Первичный осмотр врачом-остеопатом» или бланк «Осмотр врачом-остеопатом (наблюдение в динамике)»)	Да/Нет

2.13.12.2. Критерии оценки качества специализированной помощи взрослым и детям при соматической дисфункции (коды по МКБ - 10: M99.0, M99.8, M99.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врачом-остеопатом	Да/Нет
2.	Выполнено оформление остеопатического заключения с указанием доминирующей соматической дисфункции	Да/Нет
3.	Выполнен сбор жалоб пациента	Да/Нет
4.	Выполнен сбор анамнеза заболевания и анамнеза жизни	Да/Нет
5.	Выполнен визуальный осмотр остеопатический и пальпация остеопатическая	Да/Нет
6.	Выполнена остеопатическая коррекция соматических дисфункций в соответствии с остеопатическим заключением	Да/Нет
7.	Выполнено назначение рекомендаций по соблюдению оптимального двигательного стереотипа, рациональному питанию	Да/Нет
8.	Выполнено заполнение медицинской документации (бланк «Первичный осмотр врачом-остеопатом» или бланк «Осмотр врачом-остеопатом (наблюдение в динамике)»)	Да/Нет

2.13.13.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при системной красной волчанке (коды по МКБ - 10: M32, M32.0, M32.1, M32.8, M32.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения (Да/Нет)
1	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный (с выполнением оценки эффективности и безопасности терапии)	Да/Нет
2	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога повторный (с оценкой эффективности и безопасности терапии не реже 1 раза в мес. после инициации/коррекции терапии и не реже одного раза в 3 мес. после достижения ремиссии заболевания, с оценкой необходимости направления на внеплановую госпитализацию в ревматологическое отделение стационара, инициировавшего терапию генно-инженерным биологическим препаратом и/или иммунодепрессантом на любом этапе лечения при развитии обострения/осложнений, сопутствующих заболеваний, осложнений/побочных эффектов/стойкой непереносимости терапии и направлением на плановую госпитализацию в ревматологическое отделение стационара, инициировавшего терапию генно-инженерным биологическим препаратом и/или иммунодепрессантом через 3 и 6 мес. после назначения/коррекции терапии и далее каждые 6 мес. и с проведением дистанционной консультации с врачом-ревматологом стационара, инициировавшего назначение терапии, всем пациентам при развитии любых признаков неэффективности и/или непереносимости терапии)	Да/Нет
3	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (не реже 1 раза в 2-4 нед.)	Да/Нет
4	Выполнено исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови, исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня мочевой кислоты в крови, исследование уровня глюкозы в крови, исследование уровня ферритина в крови, исследование уровня триглицеридов в крови, исследование уровня натрия в крови, исследование уровня калия в крови, исследование уровня общего кальция в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, определение активности аспаратаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности гамма- глутамилтрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови сыворотки крови (не реже 1 раза в 2-4 нед.)	Да/Нет

5	Выполнено исследование уровня холестерина в крови (пациентам, получающим глюкокортикоиды, не реже 1 раза в 2-4 недели)	Да/Нет
6	Выполнено исследование уровня железа в крови (пациентам с уровнем гемоглобина ниже референсного значения по данным общего (клинического) анализа крови развернутого)	Да/Нет
7	Выполнено определение антистрептолизина-О в сыворотке крови (не реже 1 раза в 3 мес.)	Да/Нет
8	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (не реже 1 раза в 3 мес.)	Да/Нет
9	Выполнено определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме, определение тромбинового времени в крови, определение активированного частичного тромбопластинового времени, определение концентрации Д-димера в крови (пациентам, получающим антитромботические средства, не реже 1 раза в мес.)	Да/Нет
10	Выполнено исследование уровня гепарина в крови (пациентам, получающим прямые ингибиторы фактора Ха, не реже 1 раза в мес.)	Да/Нет
11	Выполнено определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК (не реже 1 раза в 3 мес.)	Да/Нет
12	Выполнено исследование уровня иммуноглобулинов в крови (пациентам, получающим ритуксимаб, не реже 1 раза в 3 мес.)	Да/Нет
13	Выполнен общий (клинический) анализ мочи, определение количества белка в суточной моче, определение альбумина в моче (не реже 1 раза в мес.)	Да/Нет
14	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ультразвуковое исследование почек, эхокардиография (комплексное) (пациентам, получающим противоревматические препараты и/или при наличии жалоб, не реже 1 раза в 6 мес.)	Да/Нет
15	Выполнено ультразвуковое исследование сустава (при наличии болей в суставе и/или при деформации сустава, и/или при ограничении движения в суставе)	Да/Нет
16	Выполнена регистрация электрокардиограммы (не реже 1 раза в 3 мес.)	Да/Нет
17	Назначено лечение ибупрофеном или нимесулидом, или диклофенаком, или мелоксикамом при наличии лихорадки и/или болевого синдрома (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
18	Выполнено лечение гидроксихлорохином и/или метотрексатом, или микофенолата мофетиллом, или микофеноловой кислотой, или азатиоприном, или циклоспорином, или такролимусом в сочетании или без преднизолона или метилпреднизолона (в соответствии с назначениями ревматологического стационара) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
19	Выполнено лечение антитромботическими средствами: препаратами из группы гепарина или прямых ингибиторов фактора Ха и/или антиагрегантов, кроме гепарина (пациентам с активным васкулитом, гиперкоагуляцией по данным коагулограммы (ориентировочное исследование системы гемостаза) и тромбоэластографии, тромботическими осложнениями, антифосфолипидным синдромом) (в соответствии с назначениями ревматологического стационара) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
20	Выполнено лечение тофацитинибом (в соответствии с назначениями ревматологического стационара) (у пациентов при системной красной волчанке с поражением суставов, кожи и ее придатков) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
21	Выполнено введение филграстима (пациентам при снижении уровня лейкоцитов с абсолютным числом нейтрофилов $<1,0 \times 10^9/\text{л}$) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
22	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (с проведением биомикроскопии глаза не позднее чем через 7 дней после выписки из стационара при наличии офтальмологической патологии)	Да/Нет

23	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога (с проведением биомикроскопии глаза, не реже 1 раза в 3 мес.)	Да/Нет
24	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-нефролога первичный (не позднее чем через 7 дней после выписки из стационара при наличии поражения почек)	Да/Нет
25	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-нефролога (пациентам с поражением почек не реже 1 раза в 3 мес.)	Да/Нет
26	Выполнена очаговая проба с туберкулином или внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном (не реже 1 раза в 6 мес.)	Да/Нет
27	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (не реже 1 раза в 6 мес.)	Да/Нет
28	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный (при наличии положительной очаговой пробы и/или внутрикожной пробы с туберкулезным аллергеном с туберкулином, и/или с инфильтративными очагами в легких)	Да/Нет
29	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный (пациентам с патологией ЛОР-органов, не позднее чем через 7 дней после выписки из стационара)	Да/Нет
30	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога (не реже 1 раза в 3 мес.)	Да/Нет
31	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный (пациентам, которым необходима санация очагов хронической инфекции и лечение острой инфекции ротовой полости)	Да/Нет

2.13.13.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при системной красной волчанке (коды по МКБ - 10: M32, M32.0, M32.1, M32.8, M32.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения (Да/Нет)
1	Выполнен ежедневный осмотр врачом-ревматологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара (с выполнением оценки эффективности по шкале SLEDAI и с проведением дистанционной консультации с врачом-ревматологом стационара, инициировавшего назначение терапии, всем пациентам при развитии любых признаков неэффективности и/или непереносимости терапии)	Да/Нет
2	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (не реже 1 раза в 7 дней)	Да/Нет
3	Выполнено исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови, исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня мочевой кислоты в крови, исследование уровня глюкозы в крови, исследование уровня ферритина в крови, исследование уровня триглицеридов в крови, исследование уровня холестерина в крови, исследование уровня натрия в крови, исследование уровня калия в крови, исследование уровня общего кальция в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности гамма-глутамилтранспептидазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование уровня холестерина липопротеинов низкой плотности, исследование уровня холестерина, определение активности креатинкиназы в крови, определение активности панкреатической амилазы в крови, определение активности липазы в крови исследование уровня общего белка в крови (не реже 1 раза в 7 дней)	Да/Нет
4	Выполнено исследование уровня железа в крови (пациентам с уровнем гемоглобина ниже референсного значения по данным общего (клинического)	Да/Нет

	анализа крови развернутого)	
5	Выполнено определение антистрептолизина-О в сыворотке крови (при установлении диагноза и далее при каждой госпитализации) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
6	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (не реже 1 раза в 7 дней)	Да/Нет
7	Выполнено проведение прямого антиглобулинового теста (прямая проба Кумбса) и непрямого антиглобулинового теста (тест Кумбса) (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
8	Выполнено определение содержания антител к тироглобулину в сыворотке крови, определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии, и/или пациентам с поражением щитовидной железы) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
9	Выполнено определение исследование уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови, исследование уровня общего трийодтиронина (Т3) в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии, и/или пациентам с поражением щитовидной железы) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
10	Выполнено протромбинового индекса, исследование уровня растворимых фибринмономерных комплексов в крови, определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме, определение активированного частичного тромбопластинового времени, определение тромбинового времени в крови, исследование уровня протеина С в крови, определение активности протеина S в крови, исследование уровня плазминогена в крови, исследование уровня фибриногена в крови, определение концентрации Д-димера в крови, исследование активности и свойств фактора Виллебранда в крови, определение активности антитромбина III в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии, и/или пациентам, получающим антитромботические средства) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
11	Выполнено определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК, определение содержания антител к РНК в крови, определение содержания ревматоидного фактора в крови, определение маркеров ANCA-ассоциированных васкулитов: PR3 (с-ANCA), МПО (р-ANCA), определение содержания антицентромерных антител в крови, определение содержания антител к циклическому цитрулиновому пептиду (анти-CCP) в крови, определение содержания антител к фосфолипидам в крови, определение содержания антител к кардиолипину в крови, определение содержания антител к бета-2-гликопротеину в крови, определение содержания антинуклеарных антител к Sm-антигену в крови, исследование уровня С3 фракции комплемента, исследование уровня С4 фракции комплемента (при установлении диагноза и/или перед назначением коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
12	Выполнено исследование уровня иммуноглобулинов в крови (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
13	Выполнено исследование уровня прокальцитонина (при установлении диагноза и/или пациентам с лихорадкой, и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
14	Выполнено исследование популяций лимфоцитов (при установлении диагноза и/или пациентам, получающим ритуксимаб, и/или пациентам, часто болеющим вирусными, гнойными бактериальными инфекциями, в том числе оппортунистическими инфекциями) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
15	Выполнено определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein - Barr virus) методом	Да/Нет

	ПЦР в периферической и пуповинной крови, количественное исследование (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	
16	Выполнено определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) методом ПЦР в периферической и пуповинной крови, количественное исследование (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
17	Выполнено определение ДНК простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) методом ПЦР в крови, количественное исследование (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
18	Выполнено определение антител к сальмонелле кишечной (Salmonella enterica) в крови, определение антител к сальмонелле тифи (Salmonella typhi) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза (Yersinia pseudotuberculosis) в крови, определение антител к сероварам иерсинии энтероколитика (Yersinia enterocolitica) в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
19	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Боуди (Shigella boydii) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле дизентерии (Shigella dysenteriae) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Зонне (Shigella sonnei) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Флекснера (Shigella flexneri) в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
20	Выполнено определение антител классов А, М, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии птичьей (Chlamydia psittaci) в крови; определение антител к хламидии пневмонии (Chlamydophila pneumoniae) в крови, определение антител класса G (IgG) к хламидии трахоматис (Chlamydia trachomatis) в крови; определение антител классов М, G (IgM, IgG) к микоплазме пневмонии (Mycoplasma pneumoniae) в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
21	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейна-Барра (Epstein - Barr virus) в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
22	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
23	Выполнено определение антител к вирусу простого герпеса (Herpes simplex virus) в крови (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
24	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
25	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность, микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии, и/или пациентам с лихорадкой) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
26	Выполнен общий (клинический) анализ мочи, определение количества белка в суточной моче, определение альбумина в моче (не реже 1 раза в 7 дней) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет

27	Выполнено комплексное ультразвуковое исследование внутренних органов (включает ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное), ультразвуковое исследование почек) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	
28	Выполнено ультразвуковое исследование сустава (при наличии болей в суставе и/или при деформации сустава, и/или при ограничении движения в суставе) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
29	Выполнена регистрация электрокардиограммы (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
30	Выполнена эхокардиография (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
31	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
32	Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости, магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства и магнитно-резонансная томография органов малого таза или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием (при установлении диагноза и/или перед назначением/коррекцией терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
33	Выполнена пульс-терапия метилпреднизолоном (пациентам при высокой и кризовой активности системной красной волчанки и/или опасных для жизни системных проявлениях) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
34	Выполнено лечение гидроксихлорохином и/или метотрексатом, или микофенолата мофетиллом, или микофеноловой кислотой, или азатиоприном, или циклоспорином, или такролимусом в сочетании или без преднизолона или метилпреднизолона (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
35	Выполнено лечение антитромботическими средствами: препаратами из группы гепарина или прямых ингибиторов фактора Ха и/или антиагрегантов, кроме гепарина (пациентам с активным васкулитом, гиперкоагуляцией по данным коагулограммы (ориентировочное исследование системы гемостаза) и тромбоэластографии, тромботическими осложнениями, антифосфолипидным синдромом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
36	Выполнено лечение тофацитинибом (у пациентов при системной красной волчанке с поражением суставов, кожи и ее придатков (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
37	Выполнено лечение циклофосфамидом с переходом на поддерживающую терапию микофенолата мофетиллом или азатиоприном (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
38	Выполнено лечение месной одновременно с введением циклофосфамида (пациентам, получающим циклофосфамид) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
39	Выполнено лечение иммуноглобулина человека нормальным (пациентам с катастрофическим антифосфолипидным синдромом, тромбоцитопенией, распространенным поражением кожи и слизистых оболочек) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
40	Выполнено лечение ритуксимабом или белимумабом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

41	Выполнено лечение филграстимом (пациентам при снижении уровня лейкоцитов с абсолютным числом нейтрофилов $<1,0 \times 10^9/\text{л}$) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
42	Выполнено лечение памидроновой кислотой или алендроновой кислотой, или золедроновой кислотой, или ибандроновой кислотой (пациентам с вторичным остеопорозом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
43	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (с проведением биомикроскопии глаза) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
44	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (пациентам с неврологической симптоматикой) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
45	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-нефролога первичный (пациентам с поражением почек) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
46	Выполнена очаговая проба с туберкулином или внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном (не реже 1 раза в 6 мес.) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
47	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости (не реже 1 раза в 6 мес.) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
48	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный (при наличии положительной очаговой пробы и/или внутрикожной пробы с туберкулезным аллергеном с туберкулином, и/или с инфильтративными очагами в легких) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
49	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза и пациентам, получающим нестероидные противовоспалительные и/или глюкокортикоиды, и/или пациентам с диспепсическими явлениями)	Да/Нет
50	Выполнена колоноскопия (при установлении диагноза и/или пациентам с подозрением на воспалительное заболевание кишечника)	Да/Нет
51	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала толстой кишки (при проведении биопсии толстой кишки) (не применяется при госпитализациях только для введения ГИБП)	Да/Нет
52	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза или при подозрении на онкогематологическое заболевание)	Да/Нет
53	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костной ткани (пациентам с очагами деструкции в костях) (при установлении диагноза или при подозрении на онкологическое заболевание или остеомиелит)	Да/Нет
54	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла (пациентам с выраженным увеличением размеров периферических и/или внутригрудных, и/или внутрибрюшных лимфатических узлов) (при установлении диагноза или при подозрении на онкологическое, онкогематологическое заболевание или лимфопролиферативное заболевание)	Да/Нет
55	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный (при установлении диагноза и пациентам, которым необходима санация очагов хронической инфекции или лечение острой инфекции ЛОР органов)	Да/Нет
56	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - детского онколога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-гематолога первичный (пациентам, у которых по результатам обследования заподозрено/выявлено онкологическое/ онкогематологическое/ лимфопролиферативное заболевание, или метастатическое поражение)	Да/Нет

2.13.14.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при идиопатическом сколиозе (коды по МКБ - 10: M41, M41.0, M41.1, M41.2, M41.3, M41.8, M41.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнена диагностическая рентгенография и/или компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография и/или топография позвоночника компьютерная оптическая	Да/Нет
3.	Выполнено услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы	Да/Нет
4.	Выполнено диспансерное наблюдение	Да/Нет

2.13.14.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при идиопатическом сколиозе (коды по МКБ - 10: M41, M41.0, M41.1, M41.2, M41.3, M41.8, M41.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнена диагностическая рентгенография и/или компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография и/или топография позвоночника компьютерная оптическая	Да/Нет
3.	Выполнено услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы	Да/Нет
4.	Выполнено консервативное и/или оперативное лечение в условиях стационара (при наличии следующих показаний: сколиоз более 40° по Cobb, гиперкифоз или гиперлордоз более 50° по Cobb, глобальный дисбаланс туловища во фронтальной и (или) сагиттальной плоскости, быстрое прогрессирование сколиотической деформации более 10° в год)	Да/Нет
5.	Выполнена антибиотикопрофилактика при хирургическом лечении идиопатического сколиоза (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена мультимодальная анальгезия после оперативного лечения, которая может включать нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты из группы M01A и/или парацетамол и/или габапентиноиды и опиоиды немедленного высвобождения, при невозможности её назначения – мономодальная (при болевом синдроме в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.14. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ БОЛЕЗНЯХ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

2.14.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при атипичном гемолитико-уремическом синдроме (код по МКБ-10: N08.2*, D59.3, M31.1, N17.0, N17.1)

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

	количества тромбоцитов и исследованием уровня шизоцитов в крови, анализ крови биохимический общетерапевтический с определением креатинина, активности ЛДГ в крови и исследованием уровня билирубина свободного (неконъюгированного), непрямой антиглобулиновый тест (тест Кумбса), прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса), исследование уровня гаптоглобина всем пациентам с подозрением на ТМА	
2.	Выполнена вакцинация против <i>Neisseria meningitidis</i> пациентам с аГУС	Да/Нет
3.	Выполнены исследования общего (клинического) анализа мочи, общего (клинического) анализа крови, исследование уровня креатинина в крови и определение активности лактатдегидрогеназы в крови в течение не менее 12 недель с отмены экулизумаба	Да/Нет

2.14.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при атипичном гемолитико-уремическом синдроме (код по МКБ-10: N08.2*, D59.3, M31.1, N17.0, N17.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с определением количества тромбоцитов и исследованием уровня шизоцитов в крови, анализ крови биохимический общетерапевтический с определением креатинина, активности ЛДГ в крови и исследованием уровня билирубина свободного (неконъюгированного), непрямой антиглобулиновый тест (тест Кумбса), прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса), исследование уровня гаптоглобина всем пациентам с подозрением на ТМА	Да/Нет
2.	Выполнено бактериологическое/серологическое исследование / ПЦР кала для выявления STEC-инфекции всем пациентам с подозрением на аГУС	Да/Нет
3.	Выполнено определение активности металлопротеиназы ADAMTS-13 в плазме крови всем пациентам с подозрением на аГУС	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня С3 фракции комплемента, С4 фракции комплемента пациентам с подозрением на диагноз аГУС	Да/Нет
5.	Выполнено исследование содержания антител с СРН (анти-СРН-антитела) всем пациентам с подозрением на диагноз аГУС	Да/Нет
6.	Выполнена плазмотерапия в виде плазмообмена (ПО) в качестве терапии первой линии всем пациентам с подозрением на диагноз аГУС или рецидивом заболевания	Да/Нет
7.	Выполнена трансфузия свежезамороженной плазмы (СЗП) пациентам с подозрением на диагноз аГУС (в случае невозможности немедленного начала плазмообмена или его недоступности)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение экулизумабом пациентам с аГУС	Да/Нет
9.	Выполнена антибиотико-профилактика у пациентов с аГУС, имеющих показания для лечения экулизумабом и не имеющих предшествующей вакцинации против менингококка	Да/Нет
10.	Выполнена плазмотерапия в течение 24 часов пациентке с подозрением на Б-ГУС	Да/Нет
11.	Выполнено лечение комплемент-блокирующей терапией препаратом экулизумаб пациентке с Б-ГУС при неэффективности плазмотерапии, проводимой в течение не менее 3 дней	Да/Нет

2.14.2.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при инфекции мочевых путей (коды по МКБ - 10: N10, N11, N13.6, N15.1, N30.0, N30.1, N39.0, N39.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (с исследованием уровня креатинина в крови и исследованием уровня мочевины в крови) (при обострении, рецидивирующем течении, с осложненными формами, в случае применения групп нефротоксичных лекарственных препаратов)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и ультразвуковое исследование мочевого пузыря (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Назначено лечение антибактериальными препаратами системного действия (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.14.2.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при инфекции мочевых путей (коды по МКБ - 10: N10, N11, N13.6, N15.1, N30.0, N30.1, N39.0, N39.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (с исследованием уровня креатинина в крови и исследованием уровня мочевины в крови) (при обострении, рецидивирующем течении, с осложненными формами, в случае применения групп нефротоксичных лекарственных препаратов)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и ультразвуковое исследование мочевого пузыря (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы с определением чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам (до начала антибактериальной терапии и при необходимости коррекции терапии)	Да/Нет

2.14.3.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при гидронефрозе (коды по МКБ-10: N13.0, N13.1, Q62.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено УЗИ почек через 6 месяцев и через 12 месяцев после реконструктивного вмешательства	Да/Нет
2.	Выполнена сцинтиграфия почек через 1 год после реконструктивного вмешательства	Да/Нет
3.	Выполнено диспансерное наблюдение участковым врачом-урологом в течение 3-х лет после реконструктивного вмешательства	Да/Нет

2.14.3.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гидронефрозе (коды по МКБ-10: N13.0, N13.1, Q62.0)

№	Критерии оценки качества	Оценка

п/п		выполнения
1.	Выполнено реконструктивное хирургическое вмешательство взрослым пациентам с гидронефрозом 2-3А стадии (классификация Н.А. Лопаткина)	Да/Нет
2.	Выполнено органоуносящее хирургическое вмешательство пациентам с гидронефроз 3Б стадии (классификация Н.А. Лопаткина)	Да/Нет

2.14.4.1. 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, N15.9, N19, Z49.0, Z49.1, Z49.2, D63.8*, E87.2, E87.5, E21.1, E83.3, E83.5, E83.8, N25.0, E89.2, E43, E44)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование почек пациенту с подозрением на ХБП	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня креатинина в крови для последующего расчета СКФ пациентам с ХБП С1-С5 или у лиц с подозрением на ХБП	Да/Нет
3.	Выполнено определение альбумина в моче и количества белка в суточной моче или определение альбумина/протеинурии в моче и исследование уровня креатинина в моче с расчетом отношения альбумин/креатинин у пациентов с ХБП или факторами риска ХБП	Да/Нет
4.	Выполнено исследование общего (клинический) анализа крови; общего (клинический) анализа крови развернутого; исследование уровня общего гемоглобина в крови; определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах; определение размеров эритроцитов; исследование уровня ретикулоцитов в крови; исследование уровня лейкоцитов в крови; дифференцированный подсчет лейкоцитов (лейкоцитарная формула); исследование уровня железа сыворотки крови; исследование уровня ферритина в крови; исследование насыщения трансферрина железом; исследование кала на скрытую кровь всем пациентам с установленным диагнозом ХБП С3-С5Д	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня натрия в крови; исследование уровня калия в крови всем пациентам с установленным диагнозом ХБП С3-С5Д	Да/Нет
6.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови всем пациентам с установленным диагнозом ХБП С3-С5Д	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня альбумина в крови всем пациентам с установленным диагнозом ХБП С3-С5Д	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня холестерина в крови; исследование уровня холестерина липопротеинов низкой плотности; исследование уровня холестерина липопротеинов высокой плотности в крови; исследование уровня триглицеридов в крови всем пациентам с установленным диагнозом ХБП С3-С5Д	Да/Нет
9.	Выполнено исследование уровня мочевой кислоты в крови всем пациентам с установленным диагнозом ХБП С3-С5Д	Да/Нет
10.	Выполнено исследование уровня неорганического фосфора в крови; исследование уровня общего кальция в крови; исследование уровня паратиреоидного гормона в крови; определение активности щелочной фосфатазы в крови всем пациентам с установленным диагнозом ХБП С3-С5Д	Да/Нет
11.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка (С-РБ) в сыворотке	Да/Нет
12.	Выполнена эхокардиография пациентам с ХБП С3-С5Д	Да/Нет
13.	Выполнено ультразвуковое исследование паращитовидных желез пациентам с ХБП с прогрессирующим гиперпаратиреозом при ХБП С5Д	Да/Нет
14.	Выполнено лечение ингибитором ангиотензинпревращающего фермента или антагонистом рецепторов к ангиотензину II или/и ингибиторами натрийзависимого переносчика глюкозы 2-го типа (иНГЛТ-2)	Да/Нет
15.	Выполнено лечение аналогами глюкагоноподобного пептида-1 (GLP-1) или/и финереном (пациентам с ХБП и сахарным диабетом 2 типа с СКФ > 25 мл/мин/1,73 м ²)	Да/Нет

16.	Выполнено применение раствора с противомикробными средствами (медицинское изделие, раствор для закрытия катетера с целью предупреждения и снижения частоты осложнений при работе с катетером для ГД для осуществления долгосрочного сосудистого доступа (двухпросветного манжеточного туннельного катетера, «перманентного») у пациентов с ХБП С5Д	Да/Нет
17.	Выполнено использование диализаторов, для изготовления которых использованы биосовместимые (синтетические) мембраны, во всех случаях проведения процедур гемодиализа/гемодиализации	Да/Нет
18.	Выполнено использование сверхчистой диализирующей жидкости во всех случаях проведения процедур гемодиализа/гемодиализации с применением высокопоточных диализных мембран	Да/Нет
19.	Выполнен контроль функции перитонеальной мембраны с использованием теста перитонеального равновесия (через 6 недель после начала лечения перитонеальным диализом или раз в 6 месяцев или после перенесенного перитонита) у пациентов с ХБП С5, получающих лечение перитонеальным диализом	Да/Нет

2.14.4.2. 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, N15.9, N19, Z49.0, Z49.1, Z49.2, D63.8*, E87.2, E87.5, E21.1, E83.3, E83.5, E83.8, N25.0, E89.2, E43, E44)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование почек пациенту с подозрением на ХБП	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня креатинина в крови для последующего расчета СКФ пациентам с ХБП С1-С5 или у лиц с подозрением на ХБП	Да/Нет
3.	Выполнено определение альбумина в моче и количества белка в суточной моче или определение альбумина/протеинурии в моче и исследование уровня креатинина в моче с расчетом отношения альбумин/креатинин у пациентов с ХБП или факторами риска ХБП	Да/Нет
4.	Выполнено исследование общего (клинический) анализа крови; общего (клинический) анализа крови развернутого; исследование уровня общего гемоглобина в крови; определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах; определение размеров эритроцитов; исследование уровня ретикулоцитов в крови; исследование уровня лейкоцитов в крови; дифференцированный подсчет лейкоцитов (лейкоцитарная формула); исследование уровня железа сыворотки крови; исследование уровня ферритина в крови; исследование насыщения трансферрина железом; исследование кала на скрытую кровь всем пациентам с установленным диагнозом ХБП С3-С5Д	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня натрия в крови; исследование уровня калия в крови всем пациентам с установленным диагнозом ХБП С3-С5Д	Да/Нет
6.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови всем пациентам с установленным диагнозом ХБП С3-С5Д	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня альбумина в крови всем пациентам с установленным диагнозом ХБП С3-С5Д	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня холестерина в крови; исследование уровня холестерина липопротеинов низкой плотности; исследование уровня холестерина липопротеинов высокой плотности в крови; исследование уровня триглицеридов в крови всем пациентам с установленным диагнозом ХБП С3-С5Д	Да/Нет
9.	Выполнено исследование уровня мочевой кислоты в крови всем пациентам с установленным диагнозом ХБП С3-С5Д	Да/Нет
10.	Выполнено исследование уровня неорганического фосфора в крови; исследование уровня общего кальция в крови; исследование уровня паратиреоидного гормона в крови; определение активности щелочной фосфатазы в крови всем пациентам с установленным диагнозом ХБП С3-С5Д	Да/Нет
11.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка (С-РБ) в сыворотке	Да/Нет

12.	Выполнена эхокардиография пациентам с ХБП С3-С5Д	Да/Нет
13.	Выполнено ультразвуковое исследование паращитовидных желез пациентам с ХБП с прогрессирующим гиперпаратиреозом при ХБП С5Д	Да/Нет
14.	Выполнена биопсия почки под контролем ультразвукового исследования с патолого-анатомическим исследованием биопсийного материала пациентам с ХБП С1-С5 со стойкой необъяснимой протеинурией >0,5г/сут, и/или гематурией, и/или сниженной СКФ	Да/Нет
15.	Выполнено лечение ингибитором ангиотензинпревращающего фермента или антагонистом рецепторов к ангиотензину II или/и ингибиторами натрийзависимого переносчика глюкозы 2-го типа (иНГЛТ-2)	Да/Нет
16.	Выполнено лечение аналогами глюкагоноподобного пептида-1 (GLP-1) или/и финереном (пациентам с ХБП и сахарным диабетом 2 типа с СКФ>25 мл/мин/1,73 м ²)	Да/Нет
17.	Выполнено применение раствора с противомикробными средствами (медицинское изделие, раствор для закрытия катетера с целью предупреждения и снижения частоты осложнений при работе с катетером для ГД для осуществления долгосрочного сосудистого доступа (двухпросветного манжеточного туннельного катетера, «перманентного») у пациентов с ХБП С5Д	Да/Нет
18.	Выполнено использование диализаторов, для изготовления которых использованы биосовместимые (синтетические) мембраны, во всех случаях проведения процедур гемодиализа/гемодиализафильтрации	Да/Нет
19.	Выполнено использование сверхчистой диализирующей жидкости во всех случаях проведения процедур гемодиализа/гемодиализафильтрации с применением высокопоточных диализных мембран	Да/Нет
20.	Выполнен контроль функции перитонеальной мембраны с использованием теста перитонеального равновесия (через 6 недель после начала лечения перитонеальным диализом или раз в 6 месяцев или после перенесенного перитонита) у пациентов с ХБП С5, получающих лечение перитонеальным диализом	Да/Нет

2.14.5.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при хронической болезни почек (коды по МКБ - 10: N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи с определением альбумина в моче и определением белка в моче	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и дуплексное сканирование артерий почек	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-нефролога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный с измерением веса, длины тела/роста)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевины, мочевиная кислота, общий белок, альбумин, щелочная фосфатаза, амилаза, глюкоза, С-реактивный белок, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, калий, натрий, хлор, общий кальций, неорганический фосфор, железо сыворотки крови) исследование уровня холестерина в крови, исследование уровня триглицеридов в крови, исследование уровня холестерина липопротеинов высокой плотности в крови, исследование уровня холестерина липопротеинов низкой плотности	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня паратиреоидного гормона в крови (при ХБП стадии С3- С5Д – 1 раз в 3 мес.)	Да/Нет
7.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
8.	Назначено суточное мониторирование артериального давления пациентам старше 5 лет с ХБП 4-5 ст. 1 раз в 6-12 мес. и детям с ХБП 1-3 ст. при выявлении эпизодов	Да/Нет

	подъема АД и/или изменений сердца (гипертрофии миокарда, расширения аорты) по данным эхокардиографии	
9.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
10.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (с осмотром глазного дна)	Да/Нет
11.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния (при ХБП С3-С5)	Да/Нет

2.14.5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при хронической болезни почек (коды по МКБ - 10: N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи с определением альбумина в моче и определением белка в моче	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и дуплексное сканирование артерий почек	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевины, мочевого кислоты, общий белок, альбумин, щелочная фосфатаза, амилаза, глюкоза, С-реактивный белок, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, калий, натрий, хлор, общий кальций, неорганический фосфор, железо сыворотки крови) исследование уровня холестерина в крови, исследование уровня триглицеридов в крови, исследование уровня холестерина липопротеинов высокой плотности в крови, исследование уровня холестерина липопротеинов низкой плотности	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня паратиреоидного гормона в крови (при ХБП стадии С3- С5Д – 1 раз в 3 мес.)	Да/Нет
6.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
7.	Выполнено суточное мониторирование артериального давления пациентам старше 5 лет с ХБП 4-5 ст. 1 раз в 6-12 мес. и детям с ХБП 1-3 ст. при выявлении эпизодов подъема АД и/или изменений сердца (гипертрофии миокарда, расширения аорты) по данным эхокардиографии	Да/Нет
8.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
9.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (с осмотром глазного дна)	Да/Нет
10.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-нефрологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара или ежедневный осмотр врачом-педиатром с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара и прием (осмотр, консультация) врача-нефролога первичный	Да/Нет
11.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния (при ХБП С3-С5)	Да/Нет
12.	Выполнена рентгенография верхней конечности и/или рентгенография нижней конечности (при признаках костно-минеральных нарушений у пациентов с ХБП стадии С3-С5Д)	Да/Нет
13.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови и исследование уровня инсулиноподобного ростового фактора I в крови (при задержке роста, перед началом лечения соматропином)	Да/Нет
14.	Выполнен перитонеальный диализ или гемодиализ, или гемодиализ интермиттирующий высокопоточный, или гемодиализ интермиттирующий низкопоточный, или гемодиализ интермиттирующий продленный, или гемодиализ с селективной плазмофильтрацией и адсорбцией, или гемодиализ продолжительный (при ХБП стадии С5Д)	Да/Нет

2.14.6.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при мочекаменной болезни (коды по МКБ - 10: N20, N20.0, N20.1, N20.2, N20.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня креатинина в крови)	Да/Нет
4.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условнопатогенные микроорганизмы и определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам (если не выполнено на амбулаторном этапе в течение 2-х месяцев до госпитализации)	Да/Нет
5.	Выполнено введение антибактериальных препаратов перед хирургическим вмешательством	Да/Нет

2.14.6.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при мочекаменной болезни (коды по МКБ - 10: N20, N20.0, N20.1, N20.2, N20.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня креатинина в крови)	Да/Нет
4.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условнопатогенные микроорганизмы и определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам (если не выполнено на амбулаторном этапе в течение 2-х месяцев до госпитализации)	Да/Нет
5.	Выполнена бесконтрастная компьютерная томография почек и мочевыводящих путей	Да/Нет
6.	Выполнено дренирование верхних мочевых путей посредством установки мочеточникового катетера или чрескожной пункционной нефростомы пациентам при гидронефрозе с обструкцией почки и мочеточника камнем, некупируемой почечной колике и признаками мочевой инфекции	Да/Нет
7.	Выполнено введение антибактериальных препаратов перед хирургическим вмешательством	Да/Нет

2.14.7.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при мочекаменной болезни (коды по МКБ - 10: N20, N21, N22, N23, E79.8, E79.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня фосфора в моче, исследование уровня кальция в моче, исследование уровня мочевой кислоты в моче, определение объема мочи, микроскопическое исследование осадка мочи (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и ультразвуковое исследование мочеточников и ультразвуковое исследование мочевого пузыря (при установлении диагноза, далее – в соответствии с порядком диспансерного наблюдения)	Да/Нет
4.	Выполнено назначение диетического питания при заболеваниях почек и мочевыделительного тракта	Да/Нет

2.14.7.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при мочекаменной болезни (коды по МКБ - 10: N20, N21, N22, N23, E79.8, E79.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня фосфора в моче, исследование уровня кальция в моче, исследование уровня мочевой кислоты в моче, определение объема мочи, микроскопическое исследование осадка мочи (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и ультразвуковое исследование мочеточников и ультразвуковое исследование мочевого пузыря (при установлении диагноза и интраоперационно)	Да/Нет
4.	Выполнено назначение диетического питания при заболеваниях почек и мочевыделительного тракта	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое лечение (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.14.8.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при цистите у женщин (коды по МКБ - 10: N30.0, N30.1, N30.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза у всех пациентов	Да/Нет
2.	Выполнен общий анализ мочи при осложненном и рецидивирующем цистите	Да/Нет
3.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи с определением чувствительности к антибактериальным препаратам при рецидивирующем (хроническом) цистите	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование у пациентов с циститом с подозрением на восходящую инфекцию (гипертермия тела свыше 38 С, боли в поясничной области при пальпации почек)	Да/Нет
5.	Назначено лечение антибактериальными препаратами при остром и рецидивирующем (хроническом) цистите	Да/Нет

2.14.8.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при цистите у женщин (коды по МКБ - 10: N30.0, N30.1, N30.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза у всех пациентов	Да/Нет
2.	Выполнен общий анализ мочи при осложненном и рецидивирующем цистите	Да/Нет
3.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи с определением чувствительности к антибактериальным препаратам при рецидивирующем (хроническом) цистите	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование у пациентов с циститом с подозрением на восходящую инфекцию (гипертермия тела свыше 38 С, боли в поясничной области при пальпации почек)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами при остром и рецидивирующем (хроническом) цистите	Да/Нет

2.14.9.1. 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, в том числе включающий в себя информацию о начале неврологического заболевания, появлении урологических симптомов с акцентом на ранее имевшиеся или сохраняющиеся симптомы, включая функцию мочеиспускания, кишечника, сексуальную функции	Да/Нет
2.	Выполнено заполнение дневника мочеиспусканий и проведен его анализ у пациентов с сохраненным мочеиспусканием	Да/Нет
3.	Выполнено назначение медикаментозной терапии ургентного недержания мочи и гиперактивности детрузора	Да/Нет

2.14.9.2. 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, в том числе включающий в себя информацию о начале неврологического заболевания, появлении урологических симптомов с акцентом на ранее имевшиеся или сохраняющиеся симптомы, включая функцию мочеиспускания, кишечника, сексуальную функции	Да/Нет
2.	Выполнено заполнение дневника мочеиспусканий и проведен его анализ у пациентов с сохраненным мочеиспусканием	Да/Нет
3.	Выполнена оценка рефлексов в урогенитальной зоне, в особенности бульбокавернозного рефлекса и анального рефлекса	Да/Нет
4.	Выполнено комплексное уродинамическое обследование	Да/Нет
5.	Выполнено назначение периодической катетеризации мочевого пузыря пациентам, которые не могут полностью опорожнить мочевой пузырь, проведено обучение пациента самостоятельной катетеризации мочевого пузыря	Да/Нет
6.	Выполнено внутридетрузорное введение ботулинического токсина при ургентном недержании мочи, рефрактерном к приему медикаментов, или при выраженных побочных эффектах	Да/Нет

2.14.10.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при стриктуре уретры (коды по МКБ - 10: N35.0, N35.1, N35.8, N35.9, N99.1, N32.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена ретроградная уретрография	Да/Нет
2.	Выполнен анализ (клинический) мочи общий	Да/Нет
3.	Выполнена урофлоуметрия	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи для оценки сопутствующей патологии	Да/Нет

2.14.10.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при стриктуре уретры (коды по МКБ - 10: N35.0, N35.1, N35.8, N35.9, N99.1, N32.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена ретроградная уретрография	Да/Нет
2.	Выполнен анализ (клинический) мочи общий	Да/Нет
3.	Выполнена урофлоуметрия	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи для оценки сопутствующей патологии	Да/Нет
5.	Выполнена уретрография через 7-28 дней после операции	Да/Нет
6.	Выполнена урофлоуметрия с целью оценки эффективности лечения	Да/Нет

2.14.11.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при недержании мочи (коды по МКБ - 10: N39.3, N39.4, N39.8, N39.9, R32)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза заболевания, проанализированы принимаемые для сопутствующих заболеваний медикаментозные препараты, которые могут приводить к недержанию мочи	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр пациента, в том числе в гинекологическом кресле (для женщин) с кашлевым тестом	Да/Нет
3.	Выполнен контроль заполнения пациентом 3-дневного дневника мочеиспусканий	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением остаточной мочи	Да/Нет
6.	Выполнено назначение консервативной поведенческой терапии, в том числе модификации диеты, образа жизни, тренировка мочевого пузыря, а также тренировка мышц тазового дна	Да/Нет
7.	Выполнено назначение средств для лечения учащенного мочеиспускания и недержания мочи (группа ATX G04BD)	Да/Нет

2.14.11.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при недержании мочи (коды по МКБ - 10: N39.3, N39.4, N39.8, N39.9, R32)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза заболевания, проанализированы принимаемые для сопутствующих заболеваний медикаментозные препараты, которые могут приводить к недержанию мочи	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр пациента, в том числе в гинекологическом кресле (для женщин) с кашлевым тестом	Да/Нет
3.	Выполнен контроль заполнения пациентом 3-дневного дневника мочеиспусканий	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением остаточной мочи	Да/Нет
6.	Выполнено комплексное уродинамическое исследование в следующих случаях: когда результаты могут изменить выбор лечения, при некоторых типах нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей, при рецидивах недержания мочи после хирургических операций по устранению недержания, в случае осложнённого недержания мочи	Да/Нет
7.	Выполнена цистоскопия при гематурии, боли в мочевом пузыре, рецидивном недержании мочи, при подозрении на наличие урогенитальных свищей и экстрауретрального недержания мочи	Да/Нет
8.	Выполнено назначение консервативной поведенческой терапии, в том числе модификации диеты, образа жизни, тренировка мочевого пузыря, а также тренировка мышц тазового дна	Да/Нет
9.	Выполнено внутридетрузорное введение ботулинического токсина типа А-гемагглютинин комплекс при ургентном недержании мочи, рефрактерном к приему медикаментов, или при выраженных побочных эффектах	Да/Нет
10.	Выполнена операция с применением субуретрального синтетического слинга женщинам, страдающим неосложненным стрессовым недержанием мочи, в качестве альтернативного хирургического метода для лечения стрессового недержания мочи у женщин рекомендуется выполнение кольпосуспензии (операции Берча) или операции с применением аутологичного фасциального слинга, при отсутствии эффекта от консервативной терапии, при наличии показаний и отсутствии противопоказаний	Да/Нет
11.	Выполнена операция с применением субуретрального слинга или искусственного сфинктера уретры, при отсутствии эффекта от консервативной терапии при ее	Да/Нет

	продолжительности не менее 12 месяцев, при наличии показаний и отсутствии противопоказаний мужчинам, страдающим стрессовым недержанием мочи	

2.14.12.1. 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.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнена оценка симптомов нижних мочевых путей с использованием шкалы IPSS	Да/Нет
3.	Выполнено трансректальное пальцевое исследование предстательной железы	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня простатоспецифического антигена общего в крови	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование предстательной железы	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи	Да/Нет
8.	Выполнена измерение скорости потока мочи (урофлоуметрия)	Да/Нет
9.	Назначена консервативная терапия (при наличии показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.14.12.2. 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.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнена оценка симптомов нижних мочевых путей с использованием шкалы IPSS	Да/Нет
3.	Выполнено трансректальное пальцевое исследование предстательной железы	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня простатоспецифического антигена общего в крови	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование предстательной железы	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи	Да/Нет
8.	Выполнена измерение скорости потока мочи (урофлоуметрия)	Да/Нет
9.	Выполнено хирургическое лечение (при неэффективности консервативного лечения)	Да/Нет

2.14.13.1. 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 сбор анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
3.	Выполнена спермограмма (базовое исследование эякулята, включая определение объема эякулята, концентрации сперматозоидов, общего числа сперматозоидов, долей подвижных сперматозоидов, доли нормальных форм сперматозоидов и концентрации круглых клеток, определение доли живых сперматозоидов)	Да/Нет
4.	Выполнено определение уровней фолликулостимулирующего гормона и общего тестостерона в крови пациентам с азооспермией и олигозооспермией	Да/Нет
5.	Выполнено цитогенетическое исследование (кариотип) пациентам с азооспермией и олигозооспермией (<10 млн сперматозоидов/мл)	Да/Нет
6.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование микроделеции в Y-хромосоме (локуса AZF) пациентам с азооспермией и олигозооспермией (< 5 млн сперматозоидов/мл)	Да/Нет

7.	Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене CFTR (муковисцидоз) в крови пациентам с врожденным одно- и двусторонним отсутствием семявыносящих протоков	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки с доплерографией	Да/Нет
9.	Выполнено трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы пациентам с азооспермией и олигоспермией	Да/Нет
10.	Выполнено предоставление рекомендаций, направленных на снижение влияния факторов риска развития репродуктивной дисфункции	Да/Нет

2.14.13.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при мужском бесплодии (коды по МКБ - 10: N46)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено извлечение сперматозоидов хирургическим путем методами ПЕСА, ТЕСА, ТЕСЕ, микро-ТЕСЕ, МЕСА с целью их применения с использованием ВРТ в условиях, позволяющих произвести криоконсервацию сперматозоидов у бесплодных мужчин с азооспермией	Да/Нет

2.14.14.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при доброкачественной дисплазии молочной железы (коды по МКБ - 10: N60.0, N60.1, N60.2, N60.3, N60.4, N60.8, N60.9, N62, N63, N64.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнены осмотр и пальпация молочных желез	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование молочных желез и/или маммография (с заключением по классификации BI-RADS и ACR (A-D))	Да/Нет
3.	Выполнено дополнительное обследование пациентки (УЗИ молочных желез, МРТ молочной железы с контрастированием или томосинтез молочных желез) при повышенной маммографической плотности С и D	Да/Нет
4.	Назначена медикаментозная терапия для купирования масталгии	Да/Нет
5.	Выполнена маммография при наличии у пациентки узловых образований в молочных железах	Да/Нет
6.	Выполнено направление пациентки на консультацию врача-онколога при наличии признаков или подозрения на наличие ЗНО (BI-RADS4-5)	Да/Нет

2.14.14.2. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при доброкачественной дисплазии молочной железы (коды по МКБ - 10: N60.0, N60.1, N60.2, N60.3, N60.4, N60.8, N60.9, N62, N63, N64.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнены осмотр и пальпация молочных желез	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование молочных желез и/или маммография (с заключением по классификации BI-RADS и ACR (A-D))	Да/Нет
3.	Выполнено дополнительное обследование пациентки (УЗИ молочных желез, МРТ молочной железы с контрастированием или томосинтез молочных желез) при повышенной маммографической плотности С и D	Да/Нет
4.	Выполнена маммография при наличии у пациентки узловых образований в молочных железах	Да/Нет
5.	Выполнено направление пациентки на консультацию врача-онколога при наличии признаков или подозрения на наличие ЗНО (BI-RADS4-5)	Да/Нет

2.14.15.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при воспалительных болезнях женских тазовых органов (коды по МКБ - 10: N70, N71, N73)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен визуальный осмотр наружных половых органов, физикальное обследование (оценка состояния кожных покровов и слизистых, температуры тела, ЧСС, частоты дыхательных движений, проведение поверхностной ориентировочной пальпации живота, осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	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 выявление возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i>)	Да/Нет
6.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови женщинам с подозрением на tuboовариальный абсцесс и/или при нарушении менструального цикла для исключения эктопической беременности	Да/Нет
8.	Выполнено назначение антибактериальной терапии	Да/Нет
9.	Выполнено оперативное лечение при наличии гнойного tuboовариального образования и/или отсутствии эффекта от проводимой медикаментозной терапии	Да/Нет

2.14.15.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при воспалительных болезнях женских тазовых органов (коды по МКБ - 10: N70, N71, N73)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен визуальный осмотр наружных половых органов, физикальное обследование (оценка состояния кожных покровов и слизистых, температуры тела, ЧСС, частоты дыхательных движений, проведение поверхностной ориентировочной пальпации живота, осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	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 выявление возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i>)	Да/Нет
6.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови женщинам с подозрением на tuboовариальный абсцесс и/или при нарушении менструального цикла для исключения эктопической беременности	Да/Нет
8.	Выполнена антибактериальная терапия	Да/Нет
9.	Выполнено оперативное лечение при наличии гнойного tuboовариального образования и/или отсутствии эффекта от проводимой медикаментозной терапии	Да/Нет

2.14.16.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при болезнях бартолиновой железы (коды по МКБ - 10: N75)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и акушерско-гинекологического анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнен визуальный осмотр наружных половых органов и бимануальное влагалищное исследование	Да/Нет
3.	Выполнено микроскопическое исследование влагалищных мазков и/или микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы при абсцессе бартолиновой железы	Да/Нет
4.	Выполнена антибактериальная терапия при абсцессе бартолиновой железы при наличии факторов риска рецидивирования, признаков системного воспаления	Да/Нет

2.14.16.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезнях бартолиновой железы (коды по МКБ - 10: N75)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и акушерско-гинекологического анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнен визуальный осмотр наружных половых органов и бимануальное влагалищное исследование	Да/Нет
3.	Выполнено микроскопическое исследование влагалищных мазков и/или микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы при абсцессе бартолиновой железы	Да/Нет
4.	Выполнена антибактериальная терапия при абсцессе бартолиновой железы при наличии факторов риска рецидивирования, признаков системного воспаления	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое лечение абсцесса бартолиновой железы	Да/Нет

2.14.17.1. 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.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
2.	Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами для купирования болевого синдрома	Да/Нет

2.14.17.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при эндометриозе (коды по МКБ - 10: N80)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
2.	Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами для купирования болевого синдрома	Да/Нет
3.	Выполнено хирургическое лечение при отсутствии эффекта от ранее проведенного консервативного лечения или при наличии показаний к операции	Да/Нет

2.14.18.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при ректоцеле (коды по МКБ - 10: N81.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения

1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-колопроктолога первичный (с наружным осмотром области промежности и заднего прохода и с трансректальным пальцевым исследованием)	Да/Нет
2.	Выполнен диспансерный прием врача-колопроктолога (с оценкой качества жизни с применением опросников (после оперативного лечения через 6 и 12 месяцев))	Да/Нет
3.	Назначено потребление адекватного количества жидкости и пищевых волокон (для нормализации деятельности желудочно-кишечного тракта и устранения запоров)	Да/Нет

2.14.18.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ректоцеле (коды по МКБ - 10: N81.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена проктография (эвакуаторная) или рентгенологическое исследование эвакуаторной функции кишки (при установлении диагноза или после хирургического лечения через 6 и 12 месяцев)	Да/Нет
2.	Выполнено хирургическое лечение (при отсутствии эффективности консервативной терапии)	Да/Нет

2.14.19.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ректовагинальном свище (коды по МКБ - 10: N82.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-колопроктолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование прямой кишки трансректальное или магнитно-резонансная томография органов малого таза	Да/Нет
3.	Выполнено исследование функций сфинктерного (запирательного) аппарата прямой кишки (при признаках недостаточности анального сфинктера)	Да/Нет
4.	Выполнена обработка раневых поверхностей растворами антисептиков (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.14.20.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при полипах эндометрия (коды по МКБ - 10: N84.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование	Да/Нет
2.	Выполнено УЗИ органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет

2.14.20.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при полипах эндометрия (коды по МКБ - 10: N84.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование	Да/Нет
2.	Выполнено УЗИ органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет

3.	Выполнена полипэктомия (удаления полипа женских половых органов) и биопсия тканей матки (эндометрия) под контролем гистероскопии	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала матки (эндометрия)	Да/Нет

2.14.21.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при гиперплазии эндометрия (коды по МКБ - 10: N85.0, N85.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено УЗИ органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
2.	Назначено гормональное лечение при гиперплазии эндометрия без атипии	Да/Нет

2.14.21.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гиперплазии эндометрия (коды по МКБ - 10: N85.0, N85.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено УЗИ органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
2.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала матки (эндометрия) (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала матки (эндометрия) для оценки излеченности гиперплазии эндометрия	Да/Нет

2.14.22.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при цервикальной интраэпителиальной неоплазии, эрозии, эктропионе шейки матки (коды по МКБ - 10: N86, N87, N88.0, N88.1, N88.2, N88.4, N88.8)

№ 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	Да/Нет
4.	Выполнена биопсия тканей (шейки) матки с патолого-анатомическим исследованием биопсийного материала матки (биоптатов шейки матки) для установления диагноза	Да/Нет
5.	Выполнено направление на прием (осмотр, консультацию) к врачу-онкологу при выявлении злокачественных новообразований	Да/Нет

2.14.22.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при цервикальной интраэпителиальной неоплазии, эрозии, эктропионе шейки матки (коды по МКБ - 10: N86, N87, N88.0, N88.1, N88.2, N88.4, N88.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена расширенная кольпоскопия	Да/Нет
2.	Выполнена биопсия тканей (шейки) матки с патолого-анатомическим исследованием биопсийного материала матки (биоптатов шейки матки) для установления диагноза	Да/Нет
3.	Выполнена эксцизия (Электроэксцизия новообразования шейки матки) или конизация шейки матки	Да/Нет
4.	Выполнено раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала	Да/Нет
5.	Выполнено направление на прием (осмотр, консультацию) к врачу-онкологу при выявлении злокачественных новообразований	Да/Нет

2.14.23.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при бактериальном вагинозе (коды по МКБ - 10: N89)

№	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2.	Выполнено подтверждение диагноза тремя из 4-х критериев Amsel (выделения из влагалища гомогенные, беловато-серые, с неприятным запахом; pH вагинального отделяемого > 4,5; положительный результат аминотеста; наличие «ключевых» клеток)	Да/Нет
3.	Назначена терапия клиндамицином или метронидазолом или тинидазолом	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача дерматовенеролога повторный	Да/Нет

2.14.24.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при выпадении женских половых органов (коды по МКБ - 10: N81.0, N81.1, N81.2, N81.3, N81.4, N81.5, N81.6, N81.8, N81.9, N99.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
2.	Выполнены визуальный осмотр наружных половых органов, осмотр шейки матки и стенок влагалища в зеркалах и бимануальное влагалищное исследование	Да/Нет

2.14.24.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при выпадении женских половых органов (коды по МКБ - 10: N81.0, N81.1, N81.2, N81.3, N81.4, N81.5, N81.6, N81.8, N81.9, N99.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
2.	Выполнены визуальный осмотр наружных половых органов, осмотр шейки матки и стенок влагалища в зеркалах и бимануальное влагалищное исследование	Да/Нет
3.	Выполнено адекватное хирургическое лечение	Да/Нет

2.14.25.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при аменорее и олигоменорее (коды по МКБ - 10: N91, N91.0, N91.1, N91.2, N91.3, N91.4, N91.5, N92.5, E28.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено УЗИ органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
2.	Выполнена оценка уровня бета-субъединицы хорионического гонадотропина в моче (исследование мочи на хорионический гонадотропин) или в сыворотке крови (исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови)	Да/Нет
3.	Выполнены исследование уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) в сыворотке крови (ФСГ), исследование уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ) в сыворотке крови, исследование уровня пролактина в крови и исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня общего и свободного тестостерона в крови, исследование уровня ГСПГ (для расчета индекса свободных андрогенов), исследование уровня дегидроэпиандростерона сульфата (ДГЭА-С) в крови, исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в крови пациенткам с нормогонадотропной аменореей при подозрении на гиперандрогению	Да/Нет
5.	Выполнено МРТ головного мозга при подозрении на опухоль гипофиза	Да/Нет

6.	Выполнена консультация врача-диетолога пациенткам с ФГА для коррекции рациона и восстановления массы тела	Да/Нет
7.	Назначена заместительная гормональная терапия	Да/Нет

2.14.25.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при аменорее и олигоменорее (коды по МКБ - 10: N91, N91.0, N91.1, N91.2, N91.3, N91.4, N91.5, N92.5, E28.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена гонадэктомия (Удаление дисгенетичных гонад) пациенткам с наличием Y хромосомы в кариотипе	Да/Нет

2.14.26.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при аномальных маточных кровотечениях (коды по МКБ - 10: N92, N93, N95)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнены исследование уровня хорионического гонадотропина в крови, общий (клинический) анализ крови, коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), исследование уровня ферритина в крови у пациенток с аномальными маточными кровотечениями	Да/Нет
2.	Выполнено микроскопическое исследование влагалищных мазков у пациенток с аномальными маточными кровотечениями	Да/Нет
3.	Выполнено УЗИ органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет

2.14.26.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при аномальных маточных кровотечениях (коды по МКБ - 10: N92, N93, N95)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнены исследование уровня хорионического гонадотропина в крови, общий (клинический) анализ крови, коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), исследование уровня ферритина в крови у пациенток с аномальными маточными кровотечениями	Да/Нет
2.	Выполнено микроскопическое исследование влагалищных мазков у пациенток с аномальными маточными кровотечениями	Да/Нет
3.	Выполнено УЗИ органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
4.	Выполнена биопсия тканей матки (эндометрия) или раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала (при возможности под контролем гистероскопии) при подозрении на патологию эндометрия	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое лечение	Да/Нет

2.14.27.1. 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
1.	Выполнено определение уровня фолликулостимулирующего гормона в крови у женщин до 45 лет с менопаузальными симптомами при наличии затруднений при определении стадии репродуктивного старения, а также при аменорее или нерегулярных менструациях	Да/Нет
2.	Выполнено определение уровня ТТГ в крови в случае наличия затруднений при определении стадии репродуктивного старения и для дифференциальной диагностики причин олигоменореи/аменореи, атипичных вазомоторных симптомов,	Да/Нет

	нарушений сна, быстрой утомляемости, колебаний веса	
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
4.	Выполнена рентгеновская маммография в 2 проекциях с оценкой по системе BI-RADS и ACR женщинам в возрасте 40 лет или старше и/или УЗИ молочных желез	Да/Нет
5.	Выполнено цитологическое исследование микрореферата шейки матки (ПАП-тест) и определение ДНК вирусов папилломы человека (Papilloma virus) высокого канцерогенного риска в отделяемом (соскобе) из цервикального канала методом ПЦР, количественное исследование	Да/Нет
6.	Выполнено определение минеральной плотности кости при помощи рентгеноденситометрии поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости с использованием двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии при наличии переломов в анамнезе/ наличии факторов риска остеопороза/ среднего (промежуточного) риска остеопоротических переломов по FRAX	Да/Нет
7.	Выполнено определение уровня 25-ОН витамина Д при наличии переломов в анамнезе/ наличии факторов риска остеопороза и при ожирении	Да/Нет
8.	Выполнено дополнительное обследование перед назначением менопаузальной гормональной терапии: измерение АД, общий (клинический) анализ крови; анализ крови биохимический общетерапевтический (АЛТ, АСТ, ГГТ, уровень глюкозы/гликированного гемоглобина в крови натощак; общий белок; билирубин, креатинин) и анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический (уровень общего холестерина крови, ЛПНП-ХС, ЛПВП-ХС, триглицериды), УЗИ органов брюшной полости	Да/Нет
9.	Выполнена колоноскопия перед назначением менопаузальной гормональной терапии женщинам при соответствующих данных анамнеза	Да/Нет
10.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) в крови перед назначением менопаузальной гормональной терапии женщинам при соответствующих данных анамнеза	Да/Нет
11.	Выполнено определение полиморфизма G20210A протромбина в гене фактора II свертывания крови; молекулярно-генетическое исследование мутации G1691A в гене фактора V (мутация Лейдена в V факторе свертывания) перед назначением менопаузальной гормональной терапии женщинам при соответствующих данных анамнеза	Да/Нет
12.	Выполнено мониторинг эффективности лечения и выявление нежелательных эффектов на фоне МГТ через 1-2 месяца после начала лечения, каждые 6 месяцев в течение первого года терапии и 1 раз в год в последующем	Да/Нет
13.	Выполнено УЗИ молочных желез женщинам до 40 лет	

2.14.28.1. 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), N98.0, N98.2, N98.3, N98.8, N98.9, Z31.1, Z31.2, Z31.3, Z31.4, Z31.5, Z31.6, Z31.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный (для установления диагноза и перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией).	Да/Нет
2.	Выполнено направление на микроскопическое исследование влагалищных мазков (для установления диагноза).	Да/Нет
3.	Выполнено микроскопическое исследование влагалищных мазков (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией).	Да/Нет
4.	Выполнено направление на молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекции, передаваемые половым путем (<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> ,	Да/Нет

	<i>Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium</i>) (для установления диагноза).	
5.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекции, передаваемые половым путем (<i>Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium</i>) (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией).	Да/Нет
6.	Выполнено направление на исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (для установления диагноза).	Да/Нет
7.	Выполнено направление на определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови (для установления диагноза).	Да/Нет
8.	Выполнено направление на исследование уровня пролактина в крови (на 2-5 день менструального цикла при наличии менструального цикла, либо не зависимо от дня менструального цикла при аменорее), (для установления диагноза).	Да/Нет
9.	Выполнено исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 (далее – ВИЧ) и антигена р24 (<i>Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24</i>) в крови (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией).	Да/Нет
10.	Выполнено определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (<i>Hepatitis B virus</i>) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (<i>Hepatitis B virus</i>) в крови (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией).	Да/Нет
11.	Выполнено определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (<i>Hepatitis C virus</i>) в крови (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией).	Да/Нет
12.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией).	Да/Нет
13.	Выполнено определение антител класса G (IgG) и класса М (IgM) к вирусу краснухи (<i>Rubella virus</i>) в крови (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией).	Да/Нет
14.	Выполнено определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией).	Да/Нет
15.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией).	Да/Нет
16.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией).	Да/Нет
17.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией).	Да/Нет
18.	Выполнено цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала) или жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией).	Да/Нет
19.	Выполнено исследование уровня фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови (при нарушении менструального цикла, на 2-5 день менструального цикла при наличии менструального цикла, либо не зависимо от дня менструального цикла при аменорее), (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий (не относится к программе переноса размороженного эмбриона(ов)) или перед внутриматочной инсеминацией с индукцией овуляции).	Да/Нет
20.	Выполнено исследование уровня антимюллерова гормона в крови (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий (не относится к программе переноса размороженного эмбриона(ов)) или перед внутриматочной инсеминацией с индукцией овуляции).	Да/Нет
21.	Выполнено направление на ультразвуковое исследование органов малого таза (комплексное) (в раннюю фолликулярную фазу цикла при наличии менструального	Да/Нет

	цикла, либо не зависимо от дня менструального цикла при аменорее) (для установления диагноза).	
22.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное или ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное с ультразвуковым исследованием фолликулогенеза (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией).	Да/Нет
23.	Выполнено направление на гистероскопию (при подозрении на внутриматочную патологию по данным ультразвукового исследования органов малого таза (комплексного)), (для установления диагноза, при отсутствии медицинских противопоказаний).	Да/Нет
24.	Выполнено направление на лапароскопию диагностическую (при подозрении на наличие гинекологических заболеваний, требующих хирургического лечения) (для установления диагноза, при отсутствии медицинских противопоказаний).	Да/Нет
25.	Выполнена флюорография легких или рентгенография легких (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией).	Да/Нет
26.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией).	Да/Нет
27.	Выполнено ультразвуковое исследование молочных желез (в 1-й фазе менструального цикла при регулярном ритме менструаций, либо не зависимо от дня менструального цикла при олиго- аменорее) (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией).	Да/Нет
28.	Выполнена маммография (у женщин 40 лет и старше) (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией).	Да/Нет
29.	Выполнено ультразвуковое исследование фолликулогенеза во время овариальной стимуляции (на этапе проведения программы вспомогательных репродуктивных технологий в случае проведения овариальной стимуляции).	Да/Нет
30.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное или ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное перед переносом эмбрионов и во время переноса эмбриона(ов) (на этапе проведения программы вспомогательных репродуктивных технологий).	Да/Нет
31.	Выполнено направление на прием (осмотр, консультация) врача-уролога первичный партнера пациентки (для установления диагноза)	Да/Нет
32.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-уролога первичный партнера пациентки (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий (не относится к программе переноса размороженного эмбриона(ов)) или перед внутриматочной инсеминацией).	Да/Нет
33.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или перед внутриматочной инсеминацией).	Да/Нет
34.	Назначено лечение бесплодия с использованием программ вспомогательных репродуктивных технологий после неэффективного лечения бесплодия консервативным или хирургическим методами.	Да/Нет
35.	Выполнена 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 в случае овариальной стимуляции, при отсутствии медицинских противопоказаний).	Да/Нет
36.	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, при овариальной стимуляции, на этапе проведения программы вспомогательных репродуктивных технологий в условия дневного стационара) (не относится к программе переноса размороженного эмбриона(ов) и внутриматочной инсеминации).	Да/Нет
37.	Выполнено внутриматочное введение эмбриона или внутриматочное введение	Да/Нет

	размороженного эмбриона (не более 2-х эмбрионов через 48-144 часа после получения и оплодотворения ооцитов (на этапе проведения программы вспомогательных репродуктивных технологий в условиях дневного стационара в случае проведения переноса эмбрионов).	
38.	Выполнено назначение препаратов прогестерона или дидрогестерон (для поддержания посттрансферного периода) (после переноса эмбриона(ов) или переноса размороженного(ых) эмбриона(ов) на этапе проведения программы вспомогательных репродуктивных технологий).	Да/Нет
39.	Выполнено назначение препаратов прогестерона или дидрогестерон после внутриматочной инсеминации.	Да/Нет

2.14.28.2. 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), N98.0, N98.2, N98.3, N98.8, N98.9, Z31.1, Z31.2, Z31.3, Z31.4, Z31.5, Z31.6, Z31.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена гистероскопия (при подозрении на внутриматочную патологию по данным ультразвукового исследования органов малого таза (комплексного)), (для установления диагноза, при отсутствии медицинских противопоказаний).	Да/Нет
2.	Выполнена лапароскопия диагностическая (при подозрении на наличие гинекологических заболеваний, требующих хирургического лечения) (для установления диагноза, при отсутствии медицинских противопоказаний).	Да/Нет
3.	Выполнена 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 в случае овариальной стимуляции, при отсутствии медицинских противопоказаний).	Да/Нет
4.	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, при овариальной стимуляции, на этапе проведения программы вспомогательных репродуктивных технологий в условиях дневного стационара) (не относится к программе переноса размороженного эмбриона(ов) и внутриматочной инсеминации).	Да/Нет
5.	Выполнено внутриматочное введение эмбриона или внутриматочное введение размороженного эмбриона (не более 2-х эмбрионов через 48-144 часа после получения и оплодотворения ооцитов (на этапе проведения программы вспомогательных репродуктивных технологий в условиях дневного стационара в случае проведения переноса эмбрионов).	Да/Нет

2.14.29.1. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный (с визуальным осмотром наружных половых органов и осмотром шейки матки в зеркалах, с оценкой факторов риска синдрома гиперстимуляции яичников)	Да/Нет
2.	Выполнено направление на общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнено направление на анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
4.	Выполнено направление на коагулограмму (ориентировочное исследование системы гемостаза).	Да/Нет
5.	Выполнено направление на исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови	Да/Нет
6.	Выполнено направление на общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
7.	Выполнено направление на ультразвуковое исследование органов малого таза	Да/Нет

	комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное).	
8.	Выполнено направление на прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	Да/Нет
9.	Назначена эластическая компрессия нижних конечностей.	Да/Нет
10.	Выполнено назначение лекарственных препаратов группы гепарина в профилактических дозах (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний).	Да/Нет

2.14.29.2. 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 ежедневный осмотр врачом-акушером-гинекологом, с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара.	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови.	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови.	Да/Нет
5.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза).	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови.	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи.	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное).	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное).	Да/Нет
10.	Выполнено ультразвуковое исследование почек.	Да/Нет
11.	Выполнена регистрация электрокардиограммы.	Да/Нет
12.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный.	Да/Нет
13.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный.	Да/Нет
14.	Выполнен осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный.	Да/Нет
15.	Выполнена эластическая компрессия нижних конечностей.	Да/Нет
16.	Выполнено лечение лекарственными препаратами группы гепарина в профилактических дозах (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний).	Да/Нет
17.	Выполнено лечение 0,9% раствором натрия хлорида (внутривенное введение) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний).	Да/Нет

2.14.30.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при воспалительных заболеваниях молочных желез (коды по МКБ - 10: N61, N64.0, P39.0, O91, O91.0, O91.1, O91.2, O92.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнены осмотр и пальпация молочных желез	Да/Нет
2.	Выполнено взятие мазка-отпечатка у пациенток с наличием выделений из соска молочных желез	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование молочных желез всем пациенткам детского возраста	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование молочных желез взрослым пациенткам с воспалительными заболеваниями МЖ при подозрении на наличие абсцесса МЖ, новообразования МЖ, подозрении на специфический (туберкулезный, идиопатический гранулематозный) мастит, отсутствии эффекта от лечения	Да/Нет

5.	Выполнено ультразвуковое исследование молочных желез всем пациенткам при проведении диагностической и терапевтической тонкоигольной аспирационной биопсии	Да/Нет
6.	Выполнено младенцам в возрасте до 2 месяцев с маститом микроскопическое исследование с окраской по Граму и микробиологическое исследование с определением чувствительности к антибактериальным препаратам отделяемого из молочных желез или образца жидкости из абсцесса молочной железы	Да/Нет
7.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование грудного молока на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы для выбора и коррекции антибактериальной терапии при мастите	Да/Нет
8.	Выполнено микроскопическое с окраской по Граму и микробиологическое исследование отделяемого из молочных желез или материала, полученного при тонкоигольной аспирационной биопсии, с определением чувствительности к антибактериальным препаратам у пациенток с воспалительным заболеванием молочных желез и отсутствием эффекта от лечения антибактериальными препаратами	Да/Нет
9.	Назначена антибактериальная терапия у пациентов с маститом	Да/Нет
10.	Назначена терапия кортикостероидами системного действия у взрослых пациентов с идиопатическим гранулематозным маститом с множественными поражениями диаметром более 5 см, двусторонними поражениями, значительным изъязвлением кожи, свищами	Да/Нет
11.	Выполнено консультирование, обучение пациентов грудному вскармливанию, уходу за молочными железами, сосками, самомассажу, сцеживанию	Да/Нет
12.	Выполнено направление на консультацию к врачу-фтизиатру для обследования и лечения при туберкулезном мастите	Да/Нет

2.14.30.2 Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при воспалительных заболеваниях молочных желез (коды по МКБ - 10: N61, N64.0, P39.0, O91, O91.0, O91.1, O91.2, O92.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнены осмотр и пальпация молочных желез	Да/Нет
2.	Выполнено взятие мазка-отпечатка у пациенток с наличием выделений из соска молочных желез	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование молочных желез всем пациенткам детского возраста	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование молочных желез взрослым пациенткам с воспалительными заболеваниями МЖ при подозрении на наличие абсцесса МЖ, новообразования МЖ, подозрении на специфический (туберкулезный, идиопатический гранулематозный) мастит, отсутствии эффекта от лечения	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование молочных желез всем пациенткам при проведении диагностической и терапевтической тонкоигольной аспирационной биопсии	Да/Нет
6.	Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия под контролем УЗИ при отсутствии выделений из соска или наличии жидкостного образования (у пациенток с нелактационным маститом)	Да/Нет
7.	Выполнено младенцам в возрасте до 2 месяцев с маститом микроскопическое исследование с окраской по Граму и микробиологическое исследование с определением чувствительности к антибактериальным препаратам отделяемого из молочных желез или образца жидкости из абсцесса молочной железы	Да/Нет
8.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование грудного молока на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы для выбора и коррекции антибактериальной терапии при мастите	Да/Нет

9.	Выполнено микроскопическое с окраской по Граму и микробиологическое исследование отделяемого из молочных желез или материала, полученного при тонкоигольной аспирационной биопсии, с определением чувствительности к антибактериальным препаратам у пациенток с воспалительным заболеванием молочных желез и отсутствием эффекта от лечения антибактериальными препаратами	Да/Нет
10.	Выполнена антибактериальная терапия у пациентов с маститом	Да/Нет
11.	Выполнена терапия кортикостероидами системного действия у взрослых пациентов с идиопатическим гранулематозным маститом с множественными поражениями диаметром более 5 см, двусторонними поражениями, значительным изъязвлением кожи, свищами	Да/Нет
12.	Выполнено хирургическое лечение у пациенток с осложнениями мастита (формирование абсцесса или свища) при неэффективности консервативного лечения	Да/Нет
13.	Выполнено хирургическое лечение у пациенток с идиопатическим гранулематозным маститом при отсутствии эффекта от консервативного лечения, при рецидивирующем течении, при наличии абсцессов, свищей и язв	Да/Нет
14.	Выполнено консультирование, обучение пациентов грудному вскармливанию, уходу за молочными железами, сосками, самомассажу, сцеживанию	Да/Нет
15.	Выполнено направление на консультацию к врачу-фтизиатру для обследования и лечения при туберкулезном мастите	Да/Нет

2.14.31.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при дисменорее (коды по МКБ - 10: N94.0, N94.4, N94.5, N94.6, N94.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
2.	Назначена медикаментозная терапия дисменореи	Да/Нет
3.	Выполнено направление на хирургическое лечение при неэффективности консервативного лечения или при выявлении органической причины дисменореи	Да/Нет

2.14.32.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при предменструальном синдроме (коды по МКБ - 10: N94.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнестических данных	Да/Нет
2.	Выполнена оценка проспективной регистрации пациенткой симптомов ПМС в течение не менее чем 2-3 последовательных циклов (менструальный календарь/дневник симптомов)	Да/Нет
3.	Выполнен визуальный осмотр наружных половых органов и влагалищное исследование	Да/Нет
4.	Выполнен визуальный осмотр и пальпация молочных желез	Да/Нет
5.	Выполнено измерение окружности талии, вычисление индекса массы тела	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
7.	Выполнено: обследование молочных желез: визуальный осмотр, пальпация, рентгеновская маммография в двух проекциях с оценкой по системе BI-RADS и ACR (A-D) и/или УЗИ молочных желез	Да/Нет
8.	Выполнена двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (ДЭРА) поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости) пациенткам, длительно применяющим агонисты ГнРГ (АТХ аналоги гонадотропин-рилизинг гормона) (более 6 месяцев)	Да/Нет
9.	Назначено медикаментозное и/или немедикаментозное лечение симптомов	Да/Нет

	предменструального синдрома	

2.14.33.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при стриктуре уретры у детей (коды по МКБ - 10: N35.0, N35.1, N35.8, N35.9, N99.1, Q64.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи	Да/Нет
3.	Выполнено заполнение дневника мочеиспускания (у пациентов с сохранным актом мочеиспускания)	Да/Нет
4.	Выполнена урофлоуметрия (у пациентов после перенесенного оперативного вмешательства на катанестическом обследовании; при возможности мочеиспускания по команде)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи (у пациентов после перенесенного оперативного вмешательства на катанестическом обследовании)	Да/Нет
6.	Выполнено заполнение дневника мочеиспускания (у пациентов после перенесенного оперативного вмешательства на катанестическом обследовании; у пациентов с сохранным актом мочеиспускания)	Да/Нет
7.	Выполнен клинический анализ мочи (у пациентов после перенесенного оперативного вмешательства на катанестическом обследовании)	Да/Нет

2.14.33.2 Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при стриктуре уретры у детей (коды по МКБ - 10: N35.0, N35.1, N35.8, N35.9, N99.1, Q64.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи	Да/Нет
3.	Выполнено заполнение дневника мочеиспускания (у пациентов с сохранным актом мочеиспускания)	Да/Нет
4.	Выполнена урофлоуметрия (у пациентов, у которых возможно мочеиспускание по команде)	Да/Нет
5.	Выполнена микционная цистоуретрография (при технической возможности катетеризации уретры)	Да/Нет
6.	Выполнена ретроградная уретрография (у пациентов, у которых микционная цистография не выполнена или не информативна)	Да/Нет
7.	Выполнена уретроскопия (у пациентов, у которых необходимо уточнить степень обструкции)	Да/Нет
8.	Выполнено уточнение клинико-анатомического варианта для обоснования выбора тактики лечения	Да/Нет
9.	Выполнено хирургическое лечение (у пациентов с клинически значимой стриктурой уретры по данным сформулированного диагноза при отсутствии общих противопоказаний к оперативному вмешательству)	Да/Нет

2.14.34.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при гломерулярных болезнях: иммуноглобулин А-нефропатии (коды по МКБ - 10: N00.1, N00.3, N00.4, N00.7, N00.8, N01.1, N01.3, N01.4, N01.7, N01.8, N02.1, N02.3, N02.4, N02.7, N02.8, N03.1, N03.3, N03.4, N03.7, N03.8, N04.1, N04.3, N04.4, N04.7, N04.8, N06.1, N06.3, N06.4, N06.7, N06.8, N08.2, N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.9)

№	Критерии оценки качества	Оценка

п/п		выполнения
1.	Выполнено определение количества белка в суточной моче	Да/Нет
2.	Выполнено определение количества белка в суточной моче и микроскопическое исследование осадка мочи, не реже 2 раз в год	Да/Нет
3.	Выполнено назначение ингибитора ангиотензинпревращающего фермента или антагониста рецепторов к ангиотензину II (пациентам с протеинурией >0,5 г/сутки)	Да/Нет
4.	Выполнено лечение глюкокортикоидами (пациентам с персистирующей протеинурией >1 г/сутки и гематурией (при неэффективности неиммуносупрессивной ренопротективной терапии)	Да/Нет

2.14.34.2 Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гломерулярных болезнях: иммуноглобулин А-нефропатии (коды по МКБ - 10: N00.1, N00.3, N00.4, N00.7, N00.8, N01.1, N01.3, N01.4, N01.7, N01.8, N02.1, N02.3, N02.4, N02.7, N02.8, N03.1, N03.3, N03.4, N03.7, N03.8, N04.1, N04.3, N04.4, N04.7, N04.8, N06.1, N06.3, N06.4, N06.7, N06.8, N08.2, N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение количества белка в суточной моче	Да/Нет
2.	Выполнено лечение ингибитором ангиотензинпревращающего фермента или антагониста рецепторов к ангиотензину II (пациентам с протеинурией >0,5 г/сутки)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение глюкокортикоидами (пациентам с персистирующей протеинурией >1 г/сутки и гематурией (при неэффективности неиммуносупрессивной ренопротективной терапии)	Да/Нет

2.14.35.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при гломерулярных болезнях: фокально-сегментарном гломерулосклерозе (коды по МКБ - 10: N00.1, N01.1, N02.1, N03.1, N04.1, N05.1, N06.1, N07.1, N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение уровня креатинина крови с расчетом СКФ, общего анализа мочи, уровня суточной протеинурии или альбуминурии	Да/Нет
2.	Выполнено назначение ингибитора ангиотензинпревращающего фермента или антагониста рецепторов ангиотензина-II пациенту с протеинурией	Да/Нет
3.	Выполнено назначение в качестве первой линии терапии преднизолона (метилпреднизолона) или ингибитора кальциневрина в комбинации с преднизолоном (метилпреднизолоном) пациенту с первичным фокально-сегментарным склерозом и нефротическим синдромом	Да/Нет

2.14.35.2 Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гломерулярных болезнях: фокально-сегментарном гломерулосклерозе (коды по МКБ - 10: N00.1, N01.1, N02.1, N03.1, N04.1, N05.1, N06.1, N07.1, N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение уровня креатинина крови с расчетом СКФ, общего анализа мочи, уровня суточной протеинурии или альбуминурии	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня лекарственных препаратов в крови в первый месяц подбора дозы препарата или при ее коррекции в сторону повышения пациенту, получающему лечение циклоспорином или такролимусом	Да/Нет
3.	Выполнено лечение прямым ингибитором фактора Ха для профилактики и лечения тромбозомболических осложнений при ХБП С1-4 и нефротическом синдроме с уровнем альбумина <25г/л в крови	Да/Нет

4.	Выполнено лечение ингибитором ангиотензинпревращающего фермента или антагонистом рецепторов ангиотензина-II пациенту с протеинурией	Да/Нет
5.	Выполнено лечение в качестве первой линии терапии преднизолоном (метилпреднизолоном) или ингибитором кальциневрина в комбинации с преднизолоном (метилпреднизолоном) пациенту с первичным фокально-сегментарным гломерулосклерозом и нефротическим синдромом	Да/Нет

2.14.36.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при энурезе (коды по МКБ - 10: N31.9, N39, N39.3, N39.4, N39.8, N39.9, R32, F98.0, G96.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи с определением удельного веса мочи, подсчётом количества лейкоцитов, эритроцитов, а также определением белка, глюкозы, РН-мочи, обнаружение кетоновых тел в моче	Да/Нет
2.	Назначена медикаментозная терапия десмопрессином при нейрофункциональных формах энуреза (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.14.36.2 Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при энурезе (коды по МКБ - 10: N31.9, N39, N39.3, N39.4, N39.8, N39.9, R32, F98.0, G96.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи с определением удельного веса мочи, подсчётом количества лейкоцитов, эритроцитов, а также определением белка, глюкозы, РН-мочи, обнаружение кетоновых тел в моче	Да/Нет
2.	Выполнено лечение десмопрессином при нейрофункциональных формах энуреза (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.14.37.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при камнях нижних отделов мочевых путей (коды по МКБ - 10: N21.0, N21.1, N21.8, N21.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня креатинина в крови, мочевой кислоты в крови, исследование уровня натрия в крови, исследование уровня калия в крови)	Да/Нет
5.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены с применением автоматизированного посева (код B03.016.016) и определением чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам.	Да/Нет
6.	Выполнено УЗИ мочевого пузыря и УЗИ уретры	Да/Нет
7.	Выполнено УЗИ почек	Да/Нет
8.	Выполнена бесконтрастная компьютерная томография почек и мочевыводящих путей	Да/Нет

2.14.37.2 Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при камнях нижних отделов мочевых путей (коды по МКБ - 10: N21.0, N21.1, N21.8, N21.9)

№	Критерии оценки качества	Оценка

п/п		выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня креатинина в крови, мочевой кислоты в крови, исследование уровня натрия в крови, исследование уровня калия в крови)	Да/Нет
5.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены с применением автоматизированного посева (код В03.016.016) и определением чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам.	Да/Нет
6.	Выполнено УЗИ мочевого пузыря и УЗИ уретры	Да/Нет
7.	Выполнено УЗИ почек	Да/Нет
8.	Выполнена бесконтрастная компьютерная томография почек и мочевыводящих путей	Да/Нет
9.	Выполнено хирургическое лечение по поводу камней нижних мочевых путей	Да/Нет

2.14.38.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при кисте почки (коды по МКБ - 10: N28.1, Q61.0, Q61.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследования почек	Да/Нет

2.14.38.2 Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при кисте почки (коды по МКБ - 10: N28.1, Q61.0, Q61.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследования почек	Да/Нет
2.	Выполнено компьютерная томография почек и верхних мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием или магнитно-резонансная томография почек с контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.14.39.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при почечной колике (коды по МКБ - 10: N23, N13.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом урологом	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический с исследованием уровня креатинина	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследования мочи (при наличии признаков инфекционно-воспалительного процесса)	Да/Нет

6.	Выполнена бесконтрастная компьютерная томография почек и надпочечников или ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей в сочетании с обзорной урографией (рентгенография мочевыделительной системы)	Да/Нет
7.	Выполнено введение лекарственных препаратов группы нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты и/или метамизола натрия или лекарственных препаратов группы анальгетики	Да/Нет

2.14.39.2 Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при почечной колике (коды по МКБ - 10: N23, N13.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом урологом	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический с исследованием уровня креатинина	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследования мочи (при наличии признаков инфекционно-воспалительного процесса)	Да/Нет
6.	Выполнена бесконтрастная компьютерная томография почек и надпочечников или ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей в сочетании с обзорной урографией (рентгенография мочевыделительной системы)	Да/Нет
7.	Выполнено введение лекарственных препаратов группы нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты и/или метамизола натрия или лекарственных препаратов группы анальгетики	Да/Нет
8.	Выполнено дренирование верхних мочевыводящих путей (нефростомия, установка стента в мочевыводящие пути) (при отсутствии эффекта от медикаментозной терапии в течении 12 часов) или дистанционная литотрипсия / трансуретральная уретеролитотрипсия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) в течении 24 часов.	Да/Нет
9.	Выполнена контрольная обзорная урография (рентгенография мочевыделительной системы) при проведении дренирования верхних мочевыводящих путей или оперативного лечения.	Да/Нет

2.14.40.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при урогенитальных свищах (коды по МКБ - 10: N82, N82.0, N82.1, N82.9, N36.0, N32.1, N 32.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнен физикальный осмотр пациента в гинекологическом кресле	Да/Нет
3.	Выполнена цистоскопия	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование почек	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография (КТ) почек и верхних мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием или магнитно-резонансная томография (МРТ) мочевыделительной системы пациенткам с урогенитальными свищами и подозрением или наличием сочетанной травмы мочеочника	Да/Нет

2.14.40.2 Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при урогенитальных свищах (коды по МКБ - 10: N82, N82.0, N82.1, N82.9, N36.0, N32.1, N 32.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнен физикальный осмотр пациента в гинекологическом кресле	Да/Нет
3.	Выполнена цистоскопия	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование почек	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография (КТ) почек и верхних мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием или магнитно-резонансная томография (МРТ) мочевыделительной системы пациенткам с урогенитальными свищами и подозрением или наличием сочетанной травмы мочеочника	Да/Нет
6.	Выполнена установка уретрального катетера в верхние мочевыводящие пути (дренирование мочевых путей уретральным катетером) или установка мочеочничкового стента в мочевыводящие пути (стентирование мочеоччника) при точечных урогенитальных свищах	Да/Нет
7.	Выполнена операция по устранению урогенитального свища (фистулопластика) или выполнено удаление некротизированных тканей (некрэктомия), снятие послеоперационных швов (лигатур), мочевых камней из влагалища и мочевого пузыря	Да/Нет

2.14.41.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при остром пиелонефрите (коды по МКБ - 10: N10, N13.6, N15.1, N39.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови, при первичной диагностике	Да/Нет
2.	Выполнен анализ (клинический) мочи общий на этапе первичной диагностики	Да/Нет
3.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы с определением чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование почек пациентам с осложненным течением острого пиелонефрита	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня глюкозы в крови, исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови)	Да/Нет
6.	Назначено лечение антибактериальными препаратами системного действия (при наличии медицинских показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.14.41.2 Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром пиелонефрите (коды по МКБ - 10: N10, N13.6, N15.1, N39.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови, при первичной диагностике	Да/Нет
2.	Выполнен анализ (клинический) мочи общий на этапе первичной диагностики	Да/Нет
3.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы с определением чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим	Да/Нет

	препаратам	
4.	Выполнено ультразвуковое исследование почек пациентам с осложненным течением острого пиелонефрита	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня глюкозы в крови, исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия (при наличии медицинских показаний и при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.14.42.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при гидронефрозе (коды по МКБ-10: N13.0, N13.1, Q62.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено УЗИ почек через 6 и через 12 месяцев после реконструктивного вмешательства	Да/Нет
2.	Выполнена скintiграфия почек через 12 месяцев после реконструктивного вмешательства	Да/Нет
3.	Выполнено диспансерное наблюдение участковым врачом-урологом в течение 3-х лет после реконструктивного вмешательства	Да/Нет

2.14.42.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при гидронефрозе (коды по МКБ-10: N13.0, N13.1, Q62.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено реконструктивное хирургическое вмешательство детям с гидронефрозом III-IV степени (SFU)	Да/Нет
2.	Выполнено реконструктивное хирургическое вмешательство детям с гидронефрозом 2-3А стадии (классификация Н.А. Лопаткина)	Да/Нет
3.	Выполнено оргауносящее хирургическое вмешательство пациентам с гидронефрозом 3Б стадии (классификация Н.А. Лопаткина)	Да/Нет

2.14.43.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при гломерулярных болезнях: иммуноглобулин А-нефропатии (коды по МКБ - 10: N00.1, N00.3, N00.4, N00.7, N00.8, N01.1, N01.3, N01.4, N01.7, N01.8, N02.1, N02.3, N02.4, N02.7, N02.8, N03.1, N03.3, N03.4, N03.7, N03.8, N04.1, N04.3, N04.4, N04.7, N04.8, N06.1, N06.3, N06.4, N06.7, N06.8, N08.2, N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено назначение ингибитора ангиотензинпревращающего фермента или антагониста рецепторов к ангиотензину II при отсутствии противопоказаний ребенку с иммуноглобулин А нефропатией и протеинурией >0,2 г/сутки (или при отношении альбумин/креатинин 200 мг/г (0,2 мг/мг или 20 мг/ммоль))	Да/Нет

2.14.43.2 Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при гломерулярных болезнях: иммуноглобулин А-нефропатии (коды по МКБ - 10: N00.1, N00.3, N00.4, N00.7, N00.8, N01.1, N01.3, N01.4, N01.7, N01.8, N02.1, N02.3, N02.4, N02.7, N02.8, N03.1, N03.3, N03.4, N03.7, N03.8, N04.1, N04.3, N04.4, N04.7, N04.8, N06.1, N06.3, N06.4, N06.7, N06.8, N08.2, N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка выраженности морфологических изменений по критериям MEST-C (Оксфордская классификация IgAN) при обнаружении в биоптате почки у	Да/Нет

	ребенка с нефритическим синдромом преобладающих депозитов IgA	
2.	Выполнено лечение ингибитором ангиотензинпревращающего фермента или антагонистом рецепторов к ангиотензину II при отсутствии противопоказаний ребенку с иммуноглобулин А нефропатией и протеинурией >0,2 г/сутки (или при отношении альбумин/креатинин 200 мг/г (0,2 мг/мг или 20 мг/ммоль))	Да/Нет

2.15. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДАХ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

2.15.1.2. 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.	Выполнены физикальное обследование передней брюшной стенки и органов брюшной полости путем пальпации, перкуссии и аускультации и бимануальное влагалищное исследование	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови (при диагностике)	Да/Нет

2.15.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при внематочной (эктопической) беременности (коды по МКБ - 10: O00, O08)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнены физикальное обследование передней брюшной стенки и органов брюшной полости путем пальпации, перкуссии и аускультации и бимануальное влагалищное исследование	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови (при диагностике)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови (после хирургического лечения при сохранении маточной трубы) (через 7 дней после оперативного лечения)	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое лечение или консервативное лечение (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.15.2.1. 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 - O03.90, O05 (O05.0 - O05.1, O05.3 - O05.6, O05.8 - O05.9), O20 (O20.0 - O20.9), N85.3, N85.7)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный (с осмотром шейки матки в зеркалах и бимануальным влагалищным исследованием).	Да/Нет
2.	Выполнено направление на повторное исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови через 48 часов (при беременности неуточненной локализации).	Да/Нет
3.	Выполнено направление на молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудители инфекций, передаваемых половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis,	Да/Нет

	Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium) (при угрожающем выкидыше).	
4.	Выполнено направление на ультразвуковое исследование матки и придатков трансбдоминальное и/или ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное (до 96 недель беременности) или ультразвуковое исследование плода (с 100 недель беременности).	Да/Нет
5.	Выполнено направление на повторное ультразвуковое исследование матки и придатков трансбдоминальное и/или ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное через 7-10 дней (при подозрении на неразвивающуюся беременность).	Да/Нет
6.	Назначен дидрогестерон или прогестерон (при угрожающем выкидыше до 200 недель беременности, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено направление на ультразвуковое исследование матки и придатков трансбдоминальное и/или ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное (через 7-14 дней после выкидыша).	Да/Нет

2.15.2.2. 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 - O03.90, O05 (O05.0 - O05.1, O05.3 - O05.6, O05.8 - O05.9), O20 (O20.0 - O20.9), N85.3, N85.7)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный (с осмотром шейки матки в зеркалах и бимануальным влагалищным исследованием).	Да/Нет
2.	Выполнено повторное исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови через 48 часов (при беременности неуточненной локализации).	Да/Нет
3.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудители инфекций, передаваемых половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium) (при угрожающем выкидыше, при инфицированном выкидыше).	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансбдоминальное и/или ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное (до 96 недель беременности) или ультразвуковое исследование плода (с 100 недель беременности).	Да/Нет
5.	Выполнено направление на повторное ультразвуковое исследование матки и придатков трансбдоминальное и/или ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное через 7-10 дней (при подозрении на неразвивающуюся беременность).	Да/Нет
6.	Назначен дидрогестерон или прогестерон (при угрожающем выкидыше до 200 недель беременности, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнена вакуум-аспирация эндометрия (при неполном выкидыше, неразвивающейся беременности и инфицированном выкидыше).	Да/Нет
8.	Выполнено патолого-анатомическое исследование материала ранних и поздних выкидышей или патолого-анатомическое исследование материала неразвивающихся беременностей, или патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала плаценты (полученного при вакуум-аспирации содержимого полости матки).	Да/Нет
9.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия (при инфицированном выкидыше, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнена 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

11.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] (при резус (D) отрицательной принадлежности крови пациентки, беременной от партнера с резус (D) положительной принадлежностью крови, при отсутствии резус(D)-изоиммунизации) (в течение 72 часов после первого приема мизопростола или хирургического лечения, и/или при наличии признаков отслойки хориона или плаценты, и/или при наличии кровяных выделений из матки) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний).	Да/Нет
12.	Выполнено направление на ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное и/или ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное (через 7-14 дней после выкидыша).	Да/Нет

2.15.3.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при преэклампсии. Эклампсии. 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, O10.90, O11, O12(O12.0, O12.1, O12.20, O13, O14 (O14.0, O14.1, O14.9), O15(O15.0, O15.2, O15.9), O16)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено измерение артериального давления и исследование пульса на периферических артериях	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) (при умеренной преэклампсии) (1 раз в неделю)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение антигипертензивными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.15.3.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при преэклампсии. Эклампсии. 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, O10.90, O11, O12(O12.0, O12.1, O12.20, O13, O14 (O14.0, O14.1, O14.9), O15(O15.0, O15.2, O15.9), O16)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено измерение артериального давления и исследование пульса на периферических артериях	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) (при умеренной преэклампсии) (1 раз в неделю)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение антигипертензивными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена инфузия магния сульфата (профилактика ранней послеродовой эклампсии) (в течение 24 ч во время и по окончании родоразрешения)	Да/Нет
7.	Выполнена госпитализация беременной пациентки в палату интенсивной терапии (при артериальном давлении $\geq 160/110$ мм рт. ст.0	Да/Нет
8.	Выполнена профилактика респираторного дистресс-синдрома новорожденного дексаметазоном или бетаметазоном (перед родоразрешением) (в сроке с 24 ⁰ до 33 ⁶ недель беременности) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнена выжидательная тактика ведения (при умеренной преэклампсии и гестационной артериальной гипертензии) (с 24 ⁰ до 33 ⁶ недель беременности)	Да/Нет

2.15.4.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при венозных осложнениях во время беременности и послеродовом периоде. Акушерской тромбоэмболии (коды по МКБ - 10: O22, O87, O88)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка факторов риска венозных тромбоэмболических осложнений с внесением в первичную медицинскую документацию (при первом посещении врача (на раннем сроке беременности или до беременности))	Да/Нет
2.	Выполнен скрининг на тромбофилии (через 12 недель после эпизода венозных тромбоэмболических осложнений) вне антикоагулянтной и гормональной терапии.	Да/Нет

2.15.4.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при венозных осложнениях во время беременности и послеродовом периоде. Акушерской тромбоэмболии (коды по МКБ - 10: O22, O87, O88)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка факторов риска венозных тромбоэмболических осложнений с внесением в первичную медицинскую документацию (повторно) (при родоразрешении и в послеродовом периоде).	Да/Нет
2.	Выполнен скрининг на тромбофилии (через 12 недель после эпизода венозных тромбоэмболических осложнений) вне антикоагулянтной и гормональной терапии.	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое компрессионное дуплексное ангиосканирование (при подозрении на ТЭЛА)	Да/Нет
4.	Выполнено лечение низкомолекулярными гепаринами (во время беременности и в послеродовом периоде в течение 6 недель после родоразрешения)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение варфарином (пациенткам с механическими клапанами сердца и высоким риском венозных тромбоэмболических осложнений).	Да/Нет

2.15.5.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при инфекции мочевых путей при беременности (коды по МКБ - 10: O23, O23.0, O23.1, O23.2, O23.3, O23.4, O23.9, O86.2, O86.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
2.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи	Да/Нет
3.	Выполнен анализ общий (клинический) и биохимический (общетерапевтический) (беременной с острым пиелонефритом)	Да/Нет
4.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.15.5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при инфекции мочевых путей при беременности (коды по МКБ - 10: O23, O23.0, O23.1, O23.2, O23.3, O23.4, O23.9, O86.2, O86.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
2.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование почек (беременной с острым пиелонефритом)	Да/Нет
4.	Выполнен анализ общий (клинический) и биохимический (общетерапевтический) (беременной с острым пиелонефритом)	Да/Нет

5.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.15.6.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при привычном выкидыше (коды по МКБ - 10: O26.2, N96)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено направление на цитогенетическое исследование (кариотип) (на прегравидарном этапе).	Да/Нет
2.	Выполнено направление на определение содержания антител к кардиолипину в крови (на прегравидарном этапе или при первом визите во время беременности).	Да/Нет
3.	Выполнено направление на определение содержания антител к бета-2-гликопротеину в крови (на прегравидарном этапе или при первом визите во время беременности).	Да/Нет
4.	Выполнено направление на тест с ядом гадюки Рассела или тайпана (определение волчаночного антикоагулянта в крови) (на прегравидарном этапе или при первом визите во время беременности).	Да/Нет
5.	Выполнено направление на исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (на прегравидарном этапе).	Да/Нет
6.	Выполнено направление на определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови (на прегравидарном этапе).	Да/Нет
7.	Выполнено направление на исследование уровня глюкозы в крови (на прегравидарном этапе).	Да/Нет
8.	Выполнено направление на общий (клинический) анализ крови (на прегравидарном этапе).	Да/Нет
9.	Выполнено направление на исследование уровня ферритина в крови (на прегравидарном этапе).	Да/Нет
10.	Выполнено направление на молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекции передаваемые половым путем (<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i>) (на прегравидарном этапе или при первом визите во время беременности).	Да/Нет
11.	Выполнено направление на ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное или ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное (на прегравидарном этапе).	Да/Нет
12.	Выполнено направление на ультразвуковое исследование шейки матки (УЗ-цервикометрия) (с 15-16 до 24 недель беременности с кратностью 1 раз в 1-2 недели).	Да/Нет
13.	Назначен дидрогестерон или прогестерон (до 20 недель беременности, при отсутствии медицинских противопоказаний).	Да/Нет
14.	Назначены лекарственные препараты группы гепарина с установления факта маточной беременности на протяжении всей беременности и 6 недель послеродового периода (при антифосфолипидном синдроме, при отсутствии медицинских противопоказаний).	Да/Нет

2.15.7.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям 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, O31.80, 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.	Выполнено определение срока беременности (в 1-м триместре) (при раннем обращении)	Да/Нет
2.	Выполнено диагностика многоплодной беременности (в 1-м триместре) (при раннем обращении)	Да/Нет

	обращении)	
3.	Выполнено направление на скрининг анеуплоидий (пациентки с двойней) (в 1-м триместре) (при обращении до 13 ⁶ недель беременности)	Да/Нет
4.	Выполнено назначение препаратов прогестерона (при укорочении шейки матки менее 25 мм)	Да/Нет

2.15.7.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям 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, O31.80, 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.	Выполнено определение срока беременности (в 1-м триместре) (при раннем обращении)	Да/Нет
2.	Выполнено диагностика многоплодной беременности (в 1-м триместре) (при раннем обращении)	Да/Нет
3.	Выполнено назначение препаратов прогестерона (при укорочении шейки матки менее 25 мм)	Да/Нет
4.	Выполнена профилактика респираторного дистресс-синдрома плодов (при повышенном тонусе матки, укорочении шейки матки, открытии наружного зева)	Да/Нет

2.15.8.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи матери при установленном или предполагаемом несоответствии размеров таза и плода. Лицевом, лобном или подбородочном предлежании плода, требующем предоставления медицинской помощи матери (коды по МКБ - 10: O33 (O33.0, O33.1, O33.2, O33.3, O33.4, O33.5, O33.6, O33.8, O33.9), O65 (O65.0, O65.1, O65.2, O65.3, O65.4, O65.5, O65.8, O65.9), O32.3, O64.2, O64.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен расчёт предполагаемой массы плода	Да/Нет
2.	Выполнена наружная пельвиметрия	Да/Нет

2.15.8.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи матери при установленном или предполагаемом несоответствии размеров таза и плода. Лицевом, лобном или подбородочном предлежании плода, требующем предоставления медицинской помощи матери (коды по МКБ - 10: O33 (O33.0, O33.1, O33.2, O33.3, O33.4, O33.5, O33.6, O33.8, O33.9), O65 (O65.0, O65.1, O65.2, O65.3, O65.4, O65.5, O65.8, O65.9), O32.3, O64.2, O64.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен расчёт предполагаемой массы плода	Да/Нет
2.	Выполнена наружная пельвиметрия	Да/Нет
3.	Выполнена оценка вида предлежания и степени сгибания головки плода (при влагалищном исследовании) (в активной фазе 1 периода и/или 2 периоде родов)	Да/Нет
4.	Выполнено кесарево сечение (экстренное родоразрешение) при установлении диагноза клинического несоответствия размеров головки плода и таза матери	Да/Нет

2.15.9.2. 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.	Выполнена оценка зрелости шейки матки по шкале Бишоп	Да/Нет
2.	Выполнена установка внутривенного катетера (роженице при начале родовой деятельности)	Да/Нет

3.	Выполнена кардиотокография (постоянно) при ведении родов через естественные родовые пути (в родах)	Да/Нет
4.	Выполнено УЗИ органов малого таза или ручное обследование полости матки (в раннем послеродовом периоде)	Да/Нет

2.15.10.1. 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 прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный (с осмотром шейки матки в зеркалах).	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога повторный (с осмотром шейки матки в зеркалах 1 раз в 4 недели после наложения швов на ШМ (серкляже)).	Да/Нет
3.	Выполнено направление на общий (клинический) анализ крови.	Да/Нет
4.	Выполнено направление на исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови.	Да/Нет
5.	Выполнено направление на микроскопическое исследование влагалищных мазков (при первичном обращении и после установления акушерского разгружающего pessaria 1 раз в месяц).	Да/Нет
6.	Выполнено направление на 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
7.	Выполнено направление на ультразвуковое исследование шейки матки с кратностью 1 раз в 1-2 недели (УЗ-цервикометрия) (с 15-16 до 24 недель беременности).	Да/Нет
8.	Выполнено введение акушерского разгружающего pessaria или при интактных плодных оболочках выполнено наложение швов на шейку матки (серкляж) (серкляж - в стационарных условиях) пациентке с одноплодной беременностью (с преждевременными родами или поздним выкидышем в анамнезе) (при отсутствии медицинских противопоказаний).	Да/Нет
9.	Выполнено введение акушерского разгружающего pessaria пациентке с многоплодной беременностью (при отсутствии медицинских противопоказаний).	Да/Нет
10.	Выполнено назначение прогестерона вагинально (до 34 недель беременности) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний).	Да/Нет

2.15.10.2. 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 прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный (с осмотром 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 15-16 до 24 недель беременности).	Да/Нет
7.	Выполнено введение акушерского разгружающего pessaria или при интактных плодных оболочках выполнено наложение швов на шейку матки (серкляж)	Да/Нет

	(серкляж - в стационарных условиях) пациентке с одноплодной беременностью (с преждевременными родами или поздним выкидышем в анамнезе) (при отсутствии медицинских противопоказаний).	
8.	Выполнено введение акушерского разгружающего pessaria пациентке с многоплодной беременностью (при отсутствии медицинских противопоказаний).	Да/Нет
9.	Выполнено лечение прогестероном вагинально (при сроке до 34 недель беременности) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний).	Да/Нет

2.15.11.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при признаках внутриутробной гипоксии плода, требующих предоставления медицинской помощи матери (коды по МКБ - 10: O36.3, O36.8, O36.9, O68.0, O68.1, O68.2, O68.3, O68.8, O68.9, O69.0, O69.1, O69.2, O69.3, O69.4, O69.5, O69.8, O69.9, P20.0, P20.1, P20.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и физикальное обследование с оценкой факторов риска дистресса плода в родах	Да/Нет
2.	Выполнено кардиотокографическое исследование плода (с 33 недель гестации при неосложненном течении беременности) (1 раз в 2 недели)	Да/Нет

2.15.11.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при признаках внутриутробной гипоксии плода, требующих предоставления медицинской помощи матери (коды по МКБ - 10: O36.3, O36.8, O36.9, O68.0, O68.1, O68.2, O68.3, O68.8, O68.9, O69.0, O69.1, O69.2, O69.3, O69.4, O69.5, O69.8, O69.9, P20.0, P20.1, P20.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и физикальное обследование с оценкой факторов риска дистресса плода в родах	Да/Нет
2.	Выполнена непрерывная кардиотокография плода (при высоком риске интранатальной гипоксии) (в родах)	Да/Нет
3.	Выполнена непрерывная кардиотокография плода (при подозрении на нарушение сердечного ритма плода по данным прерывистой аускультации) (в течение не менее 20 минут)	Да/Нет
4.	Выполнены лечебно-диагностические мероприятия (при сомнительном или патологическом типе кардиотокограммы) (по алгоритму)	Да/Нет
5.	Выполнен сбор анамнеза и физикальное обследование с оценкой факторов риска дистресса плода в родах	Да/Нет

2.15.12.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при недостаточном росте плода, требующем предоставления медицинской помощи матери (задержке роста плода) (коды по МКБ – 10: O36.5, P05, P07)

№	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование плода (пациентке группы высокого риска задержки роста плода) (в 30-34 недели беременности)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование плода (беременной с задержкой роста плода) (каждые 2 недели до родоразрешения)	Да/Нет
3.	Выполнена ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотока (беременной пациентке группы высокого риска задержки роста плода) (во время 2-го УЗИ при сроке беременности 18-20 ⁶ недель), и в 3-м триместре беременности (при сроке беременности 30-34 недели)	Да/Нет
4.	Выполнена кардиотокография плода и ультразвуковая доплерография (маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотока) (беременной с ранней задержкой роста плода)	Да/Нет

2.15.12.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при недостаточном росте плода, требующем предоставления медицинской помощи матери (задержке роста плода) (коды по МКБ - 10: O36.5, P05, P07)

№	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена кардиотокография плода и ультразвуковая доплерография (маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотока) (беременной с ранней задержкой роста плода)	Да/Нет
2.	Выполнено родоразрешение (пациентки с поздней задержкой роста плода при спонтанном повторяющемся стойком неспровоцированном замедлении частоты сердечных сокращений плода (децелерации) и/или при нулевом или реверсном конечно-диастолическом кровотоке в артерии пуповины и/или при показателе STV по данным кардиотокографии <3,5 мс в 32 - 33 недель и <4,5 мс (в сроке беременности ≥ 34 недель)	Да/Нет
3.	Выполнено родоразрешение путем кесарева сечения (в плановом порядке) (пациентке с ранней задержкой роста плода при наличии одного или нескольких из следующих признаков: патологическая кратковременная вариабельность по данным кардиотокографии плода, нулевой или реверсный конечно-диастолический кровоток в венозном протоке, показания со стороны матери)	Да/Нет
4.	Выполнено родоразрешение (пациентке с поздней задержкой роста плода) (при невыраженных нарушениях доплерографических показателей или снижением церебро – плацентарного отношения, маловодием и при показателе кратковременной вариабельности по данным кардиотокографии <4,5 мс в сроке беременности $\geq 34^0$ недель)	Да/Нет
5.	Выполнено родоразрешение (пациентке с малым/маловесным для гестационного возраста плодом) при нормальных показателях церебро – плацентарного отношения (после 37 - 39 недель беременности)	Да/Нет

2.15.13.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при инфекции амниотической полости и плодных оболочек (хориоамнионит) (коды по МКБ - 10: O41.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение срока беременности и родов (по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования плода)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня лейкоцитов в крови и уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
3.	Выполнен микробиологический (культуральный) анализ отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	Да/Нет

2.15.13.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при инфекции амниотической полости и плодных оболочек (хориоамнионит) (коды по МКБ - 10: O41.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение срока беременности и родов (по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования плода)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня лейкоцитов в крови и уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
3.	Выполнен микробиологический (культуральный) анализ отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	Да/Нет
4.	Выполнено патологоанатомическое исследование последа	Да/Нет

5.	Выполнена антенатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома плода (в сроках беременности 24 ⁰ –33 ⁶ недели)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.15.14.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при патологическом прикреплении плаценты (предлежании и вращении плаценты) (коды по МКБ - 10: O43.0, O43.1, O43.2, O44.0, O44.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза (пациенткам с предлежанием плаценты и/или расположением в области рубца) с прицельным поиском признаков вращении плаценты	Да/Нет

2.15.14.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при патологическом прикреплении плаценты (предлежании и вращении плаценты) (коды по МКБ - 10: O43.0, O43.1, O43.2, O44.0, O44.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза (пациенткам с предлежанием плаценты и/или расположением в области рубца) с прицельным поиском признаков вращении плаценты	Да/Нет
2.	Выполнено магнитно-резонансное исследование малого таза (при подозрении на вращение плаценты)	Да/Нет
3.	Выполнена профилактика респираторного дистресс-синдрома плода (при вращении и/или предлежании плаценты)	Да/Нет
4.	Выполнена гистеротомия (при вращении плаценты)	Да/Нет
5.	Выполнены комплексный компрессионный гемостаз и/или перевязка и/или временное пережатие магистральных сосудов или эндоваскулярные методы гемостаза.	Да/Нет
6.	Выполнено определение группы крови и резус фактора и изоантител и фенотипа группы крови.	Да/Нет
7.	Выполнена аппаратная интраоперационная реинфузия аутоэритроцитов (при оперативном родоразрешении при вращении плаценты).	Да/Нет

2.15.15.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи подготовке шейки матки к родам и родовозбуждению (коды по МКБ - 10: O61 (O61.0, O61.1, O61.8), O48, O75.5, O75.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка зрелости шейки матки по шкале Бишоп (при бимануальном влагалищном исследовании) (перед преиндукцией и индукцией родов)	Да/Нет
2.	Выполнена кардиотокография плода (перед началом и в процессе проведения преиндукции/индукции родов)	Да/Нет
3.	Выполнена оценка противопоказаний к индукции родов (учет клинических состояний, определяющих невозможность родов через естественные родовые пути, показания к родоразрешению путем операции кесарева сечения)	Да/Нет

2.15.16.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при оперативных влагалищных родах (Роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или с применением вакуум-экстрактора) (коды по МКБ - 10: O66.5, O81, O81.0, O81.1, O81.2, O81.3, O81.4, O81.5)

№	Критерии оценки качества	Оценка

п/п		выполнения
1.	Выполнен учет положения головки плода при выборе метода влагалищного оперативного родоразрешения	Да/Нет
2.	Выполнено определение условия для влагалищного оперативного родоразрешения.	Да/Нет
3.	Выполнена антибиотикопрофилактика после влагалищного оперативного родоразрешения.	Да/Нет
4.	Выполнена оценка факторов риска венозных тромбоэмболических осложнений согласно клиническим рекомендациям «Венозные осложнения во время беременности и послеродовом периоде. Акушерская эмболия»	Да/Нет

2.15.18.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при разрывах промежности при родоразрешении и других акушерских травмах (акушерском травматизме) (коды по МКБ - 10: O70, O71, O26.7)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено кесарево сечение (экстренное родоразрешение) (при угрожающем, начавшемся или свершившемся разрыве матки)	Да/Нет
2.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами (в послеродовом периоде при разрывах промежности III-IV степени (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено ушивание разрывов шейки матки (II-III степени)	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое восстановление целостности стенки влагалища и мышц промежности (при разрыве промежности II-IV степени)	Да/Нет
5.	Выполнено назначение постельного режима (при повреждении лонного сочленения) (в послеродовом периоде)	Да/Нет
6.	Выполнено вправление выворота матки (в условиях общей анестезии) (сразу после установления диагноза)	Да/Нет

2.15.19.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при эмболии амниотической жидкостью (коды по МКБ - 10: O75.1, O88.1, O88.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена пульсоксиметрия, измерение АД, ЧСС	Да/Нет
2.	Выполнены исследование коагулограмма (ориентировочное исследования системы гемостаза) (фибриноген ПТИ, АЧТВ, МНО) и/или тромбоэластография (ТЭГ) или ротационная тромбоэластометрия (РОТЭМ)	Да/Нет
3.	Выполнена оценка неврологического статуса и уровня сознания по шкале Глазго.	Да/Нет
4.	Выполнено лечение кристаллоидами и/или коллоидами и/или вазопрессорами и/или инотропными препаратами (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена сердечно – легочная реанимация (при остановке сердечной деятельности при сроке беременности 20 недель и более со смещением матки влево) и родоразрешение (при отсутствии эффекта от сердечно-легочной реанимации в течение 4 минут)	Да/Нет
6.	Выполнена респираторная поддержка (при наличии прогрессирующей дыхательной недостаточности)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови и кислотно – щелочного состояния (динамическое)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение глюкокортикостероидами (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено обеспечение адекватного венозного доступа путем установки минимум двух периферических внутривенных катетеров размером от 16 G (или	Да/Нет

	ранее установленным центральным венозным катетром)	
10.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
11.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
12.	Выполнено лечение антифибринолитиками и/или компонентами крови и/или рекомбинантными факторами или концентратами факторов свертывания (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.15.20.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи при нормальных родах (роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании) (коды по МКБ - 10: O80.0, O80.9, O47.1, O47.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение срока беременности и родов (по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования плода)	Да/Нет
2.	Выполнено заполнение партограммы	Да/Нет
3.	Выполнено введение окситоцина (парентерально) (после рождения плода) (при наличии показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено отсроченное пересечение пуповины (в промежутке от 1 до 3 минут от момента рождения ребенка)	Да/Нет
5.	Выполнено выделение последа (в течение 30 минут от момента рождения ребенка)	Да/Нет
6.	Выполнен послеродовой осмотр последа	Да/Нет
7.	Выполнен осмотр влагалища, промежности и шейки матки в зеркалах и проведено ушивание разрывов после родов	Да/Нет

2.15.21.2. 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, O32.0, O32.2, O32.4, O32.8, O34.0, O34.4)

№ 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 АВО и антигена D системы Резус (резус- фактор) (перед операцией кесарево сечение)	Да/Нет
3.	Выполнена установка внутривенного катетера (перед операцией кесарево сечение)	Да/Нет
4.	Выполнена антибиотикопрофилактика (перед операцией кесарево сечение)	Да/Нет
5.	Выполнено введение утеротонизирующих препаратов (внутривенно, медленно) (после извлечения плода)	Да/Нет
6.	Выполнена эластическая компрессия нижних конечностей (после операции кесарево сечение)	Да/Нет

2.15.22.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при аномалиях объема амниотической жидкости (многоводии, маловодии) (коды по МКБ - 10: O40, O41, O41.0, O41.8, O41.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен скрининг 1 триместра	Да/Нет
2.	Выполнен УЗ скрининг в 19-21 неделю беременности	Да/Нет
3.	Выполнен скрининг на TORCH инфекции	Да/Нет
4.	Проведен тест на изоиммунизацию (при подозрении на анемию и водянку плода)	Да/Нет
5.	Выполнена консультация генетика (при выявлении аномального объема амниотической жидкости)	Да/Нет
6.	Выполнено измерение индекса амниотической жидкости и/или максимальный	Да/Нет

	вертикальный карман (при выявлении аномального объема амниотической жидкости)	
7.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков (трансабдоминальное) (контрольное) (при выявлении аномального объема амниотической жидкости) (через 1-3 недели)	Да/Нет
8.	Выполнено определение максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода (при выявлении многоводия)	Да/Нет

2.15.22.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при аномалиях объема амниотической жидкости (многоводии, маловодии) (коды по МКБ - 10: O40, O41, O41.0, O41.8, O41.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен УЗ скрининг в 19-21 неделю беременности	Да/Нет
2.	Выполнен скрининг на TORCH инфекции	Да/Нет
3.	Проведен тест на изоиммунизацию (при подозрении на анемию и водянку плода)	Да/Нет
4.	Выполнена консультация генетика (при выявлении аномального объема амниотической жидкости)	Да/Нет
5.	Выполнено измерение индекса амниотической жидкости и/или максимальный вертикальный карман (при выявлении аномального объема амниотической жидкости)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков (трансабдоминальное) (контрольное) (при выявлении аномального объема амниотической жидкости) (через 1-3 недели)	Да/Нет
7.	Выполнено определение максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода (при выявлении многоводия)	Да/Нет

2.15.23.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при аномалиях родовой деятельности (коды по МКБ - 10: O62, O63, O75.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена амниотомия (перед началом родостимуляции окситоцином)	Да/Нет
2.	Выполнено удаление вставки с динопростомом или снижение дозы окситоцина (остановка родостимуляции окситоцином) (при тахисистолии матки) (перед первым лечебным этапом)	Да/Нет
3.	Выполнено обезболивание (роженице с дискоординацией родовой деятельности) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

2.15.24.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при внутрипеченочном холестазе при беременности (коды по МКБ - 10: O26.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен самоподсчет шевелений плода	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня желчных кислот в крови	Да/Нет
3.	Выполнено определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме и активированное частичное тромбопластиновое время	Да/Нет
4.	Выполнены исследование уровня желчных кислот в крови и определение активности аспаратаминотрансферазы в кров и определение активности аланинаминотрансферазы в крови и исследование уровня общего билирубина в крови и исследование уровня билирубина связанного (конъюгированного) в крови) (через 10 дней после родов).	Да/Нет

5.	Выполнено лечение урсодезоксихолевой кислотой	Да/Нет

2.15.24.2. 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.	Выполнен самоподсчет шевелений плода	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня желчных кислот в крови	Да/Нет
3.	Выполнено определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме и активированное частичное тромбопластиновое время	Да/Нет
4.	Выполнено лечение урсодезоксихолевой кислотой	Да/Нет
5.	Выполнено лечение адеметионином (SAM) (при неэффективности УДХК)	Да/Нет
6.	Выполнена профилактика респираторного дистресс-синдрома плода (при раннем развитии внутрипеченочного холестаза беременных) (в сроках 26-34 недель)	Да/Нет
7.	Выполнена преиндукция и индукция родов (в соответствии с принятыми протоколами)	Да/Нет
8.	Выполнен непрерывный интранатальный мониторинг (с применением кардиотокографии плода)	Да/Нет

2.15.25.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при затрудненных родах [дистоции] вследствие предлежания плечика. Дистоции плечиков (коды по МКБ - 10: O66.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена диагностика дистоции плечиков (через 60 сек после рождения головки плода)	Да/Нет
2.	Выполнен вызов дополнительного персонала (второй врач акушер-гинеколог, врач-неонатолог-реаниматолог, дополнительно акушерка, анестезиолог или другой персонал)	Да/Нет
3.	Выполнено внесение данных в первичную медицинскую документацию (протоколирование времени рождения головки плода, применяемые приемы, их продолжительность, время рождения плечиков)	Да/Нет

2.15.26.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при медицинской помощи матери при установленных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода, и антенатальной гибели плода (коды по МКБ - 10: O35, O36.4, O83.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование плода	Да/Нет

2.15.26.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при медицинской помощи матери при установленных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода, и антенатальной гибели плода (коды по МКБ - 10: O35, O36.4, O83.4)

№ 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 ультразвуковое исследование плода	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет

4.	Выполнено определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы резус (резус-фактор)	Да/Нет
5.	Выполнена установка периферического венозного катетера (перед родоразрешением)	Да/Нет
6.	Выполнено введение утеротонических препаратов (внутривенно медленно) (после извлечения плода)	Да/Нет
7.	Выполнена профилактика тромбоэмболических осложнений и гнойно-септических осложнений	Да/Нет

2.15.27.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при нормальном послеродовом периоде (послеродовая помощь и обследование) (коды по МКБ - 10: , Z39.0, Z39.1, Z39.2, O73.0, O73.1, O92.0, O92.2, O92.3, O92.4, O92.5, O92.6, O92.7)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-акушером-гинекологом, с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара (в родильном отделении - врачом-акушером-гинекологом или акушеркой 1 раз в 15 минут в течение 2-х часов, в послеродовом отделении - врачом-акушером-гинекологом 1 раз в сутки и акушеркой 2 раза в сутки, с проведением консультирования по правилам грудного вскармливания и консультирования по вопросам контрацепции)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (на 2-е – 3-е сутки после родоразрешения).	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) (на 3-е сутки после родов).	Да/Нет
4.	Выполнено назначение тренировки мышц тазового дна (лечебная физкультура в акушерстве).	Да/Нет
5.	Выполнено назначение повторного приема (осмотра, консультации) врача-акушера-гинеколога (через 30-45 дней после родов).	Да/Нет

2.15.28.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при послеродовых инфекционных осложнениях (коды по МКБ - 10: O08.0, O75.3, O85, O86.0, O86.1, O86.4, O86.8, O90.0, O90.1, O90.2, O90.8, O90.9, O91.1, O99.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр и пальпация кожи и мягких тканей (в области послеоперационной раны после кесарева сечения, эпизиотомии и акушерских травм, а также в местах установки внутривенных канюль или инъекций)	Да/Нет
2.	Выполнена оценка по шкалам (при сепсисе и/или септическом шоке)	Да/Нет
3.	Выполнено бимануальное влагалищное исследование	Да/Нет
4.	Выполнена пальпация брюшной стенки (при акушерском перитоните)	Да/Нет
5.	Выполнен общий анализ крови с исследованием уровня лейкоцитов	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня лактата в сыворотке крови (при сепсисе и/или септическом шоке)	Да/Нет
8.	Выполнен биохимический общетерапевтический анализ крови (при сепсисе и/или септическом шоке)	Да/Нет
9.	Выполнена коагулограмма (при сепсисе и/или септическом шоке)	Да/Нет
10.	Выполнено исследование уровней натрия, калия, хлоридов (при сепсисе и/или септическом шоке)	Да/Нет
11.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование биологических сред на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	Да/Нет

12.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза (комплексного) и/или компьютерная томография (КТ) органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография (МРТ) органов малого таза (при абсцессе малого таза, гематоме, метротромбофлебите, параметрите, при акушерском перитоните)	Да/Нет
13.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия (при послеродовом эндометрите) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
14.	Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений (при сепсисе и/или септическом шоке)	Да/Нет
15.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами широкого спектра действия (эмпирически) (при септическом шоке) (в течение 1 часа)	Да/Нет
16.	Выполнено лечение кристаллоидными растворами (внутривенно) в дозе 30 мл/кг (при сепсисе и/или септическом шоке) (в течение первых 3 ч терапии)	Да/Нет

2.15.29.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при преждевременной отслойке плаценты (коды по МКБ - 10: O45, O46)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом и врачом-анестезиологом-реаниматологом (не позднее 10 минут от момента поступления в стационар)	Да/Нет
2.	Выполнено мониторирование жизненно важных показателей: артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза (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 (перед операцией кесарева сечения и после оперативного родоразрешения)	Да/Нет
5.	Выполнено определение основных групп по системе ABO и антигена D системы Резус (резус-фактор) (перед операцией кесарево сечение)	Да/Нет
6.	Выполнена установка внутривенного катетера (перед операцией кесарево сечение)	Да/Нет
7.	Выполнено хирургическое вмешательство (не позднее 30 минут от момента установления диагноза) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнена антибиотикопрофилактика (перед родоразрешением путем кесарева сечения)	Да/Нет
9.	Выполнено лечение утеротонических препаратов (H01BB окситоцин и его аналоги) (внутривенно медленно) (после извлечения плода)	Да/Нет
10.	Выполнена профилактика тромбоэмболических осложнений	Да/Нет

2.15.30.2. 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 уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (при преждевременном разрыве плодных оболочек)	Да/Нет
2.	Выполнена токолитическая терапия препаратами первой линии (при угрожающих и начавшихся преждевременных родах в сроках беременности 24 ⁰ – 33 ⁶ недель) (при невозможности применения препаратов второй линии)	Да/Нет
3.	Выполнено внутривенное введение магния сульфата (при преждевременном разрыве плодных оболочек и начавшихся или запланированных (индуцированных) преждевременных родах в 24 ⁰ - 33 ⁶ недель беременности)	Да/Нет
4.	Выполнена интранатальная антибиотикопрофилактика (при выявлении носительства стрептококка группы B)	Да/Нет

5.	Выполнена антибактериальная терапия (при преждевременном разрыве плодных оболочек)	Да/Нет
6.	Выполнено антенатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома плода (при повышенном тонусе матки, укорочении шейки матки, открытии наружного зева и начавшихся преждевременных родах и преждевременном разрыве плодных оболочек) (в сроках беременности 24 ⁰ – 33 ⁶ недель)	Да/Нет
7.	Выполнено отсроченное пережатие сосудов пуповины (при стабильном состоянии новорожденного и пульсации пуповины более 100 в минуту) (после родов)	Да/Нет

2.15.31.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при резус-изоиммунизации, гемолитической болезни плода (коды по МКБ - 10: O36.0, O36.1, P55.0, P55.8, P55.9, P56.0, P56.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено направление на определение анти-Rh-антител (при 1-м визите и (при отсутствии антител) в 18-20 недель и в 28 недель беременности) (беременной с резус- отрицательной принадлежностью крови)	Да/Нет
2.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] (беременной с резус-отрицательной принадлежностью крови при отсутствии антирезус-антител) (в 28-30 недель беременности)	Да/Нет
3.	Выполнено (дополнительное) введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] (беременной с резус-отрицательной принадлежностью крови при отсутствии антирезус-антител) (при возникновении потенциально резус-сенсibiliзирующего события)	Да/Нет
4.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] при прерывании беременности в 1-м и 2-м триместрах или антенатальной гибели плода или внематочной беременности беременной с резус-отрицательной принадлежностью крови и отсутствии анти-Rh-антител	Да/Нет
5.	Выполнено определение максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии плода (диагностика анемии плода) (со срока гестации 18 – 19 недель)	Да/Нет

2.15.31.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при резус-изоиммунизации, гемолитической болезни плода (коды по МКБ - 10: O36.0, O36.1, P55.0, P55.8, P55.9, P56.0, P56.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] (беременной с резус-отрицательной принадлежностью крови при отсутствии антирезус-антител) (в 28-30 недель беременности)	Да/Нет
2.	Выполнено (дополнительное) введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] (беременной с резус-отрицательной принадлежностью крови при отсутствии антирезус-антител) (при возникновении потенциально резус-сенсibiliзирующего события)	Да/Нет
3.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] (родильнице с резус-отрицательной принадлежностью крови) (при отсутствии антирезус-антител при рождении резус положительного новорожденного) (в первые 72 часа после родов)	Да/Нет
4.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] при прерывании беременности в 1-м и 2-м триместрах или антенатальной гибели плода или внематочной беременности беременной с резус-отрицательной принадлежностью крови и отсутствии анти-Rh-антител	Да/Нет
5.	Выполнено определение максимальной скорости кровотока в средней мозговой	Да/Нет

	артерии плода (диагностика анемии плода) (со срока гестации 18 – 19 недель)	

2.15.32.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при тазовом предлежании плода (коды по МКБ - 10: O32.0, O32.1, O32.2, 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 с верификацией вида предлежания плода	Да/Нет
2.	Выполнено определение предполагаемой массы тела плода и наличие разгибания головки плода	Да/Нет
3.	Выполнено информирование пациентки с внесением информации в первичную медицинскую документацию (о возможных рисках, связанных с родами, медицинскими вмешательствами, позволяющими снизить риск, и возможными методами родоразрешения и их осложнениями)	Да/Нет
4.	Выполнено предложение пациентке проведение процедуры наружного поворота (при отсутствии противопоказаний к естественным родам)	Да/Нет

2.15.32.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при тазовом предлежании плода (коды по МКБ - 10: O32.0, O32.1, O32.2, 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 с верификацией вида предлежания плода	Да/Нет
2.	Выполнено определение предполагаемой массы тела плода и наличие разгибания головки плода	Да/Нет
3.	Выполнено информирование пациентки с внесением информации в первичную медицинскую документацию (о возможных рисках, связанных с родами, медицинскими вмешательствами, позволяющими снизить риск, и возможными методами родоразрешения и их осложнениями)	Да/Нет
4.	Выполнено предложение пациентке проведение процедуры наружного поворота (при отсутствии противопоказаний к естественным родам)	Да/Нет
5.	Выполнено подтверждение тазового предлежания плода с помощью ультразвукового исследования плода или использования наружных приемов (перед проведением операции кесарева сечения)	Да/Нет
6.	Выполнена кардиотокография (постоянная) (в 1-м периоде родов)	Да/Нет
7.	Выполнена партограмма (контроль прогресса родов)	Да/Нет

2.15.33.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при чрезмерной рвоте беременных (коды по МКБ - 10: O21(O21.0, O21.1, O21.2, O21.8, O21.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен физикальный осмотр с измерением артериального давления на периферических артериях, исследование пульса, термометрия общая, измерение массы тела	Да/Нет
2.	Выполнено профилактическое консультирование по вопросам рационального питания, питьевого режима, образа жизни.	Да/Нет
3.	Выполнено лабораторное исследование: общий (клинический) анализ крови, общий (клинический анализ) мочи, определение уровня калия, натрия, хлора, общего кальция, определение активности аспаратаминотрансферазы в крови, определение	Да/Нет

	активности аланинаминотрансферазы в крови, лактатдегидрогеназы крови, исследование уровня общего и свободного билирубина в крови, определение активности амилазы в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня креатинина в крови	

2.15.33.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при чрезмерной рвоте беременных (коды по МКБ - 10: O21(O21.0, O21.1, O21.2, O21.8, O21.9))

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен физикальный осмотр с измерением артериального давления на периферических артериях, исследование пульса, термометрия общая, измерение массы тела	Да/Нет
2.	Выполнено профилактическое консультирование по вопросам рационального питания, питьевого режима, образа жизни.	Да/Нет
3.	Выполнено лабораторное исследование: общий (клинический) анализ крови, общий (клинический анализ) мочи, определение уровня калия, натрия, хлора, общего кальция, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, лактатдегидрогеназы крови, исследование уровня общего и свободного билирубина в крови, определение активности амилазы в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня креатинина в крови	Да/Нет
4.	Выполнена госпитализация в круглосуточный стационар (при отсутствии эффекта от лечения в дневном стационаре) (при рвоте умеренной и/или тяжелой степени)	Да/Нет
5.	Выполнены приемы (осмотры, консультации) врача-терапевта, врача-гастроэнтеролога, врача-эндокринолога, врача-инфекциониста, врача-нефролога, врача-хирурга, врача-психиатра, врача-психотерапевта (при рвоте умеренной и/или тяжелой степени)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение препаратами, безопасными для матери и плода (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено достижение критериев выписки из стационара (положительная динамика общего состояния, прекращение и/или уменьшение частоты тошноты и рвоты, нормализация лабораторных параметров)	Да/Нет

2.15.34.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при послеродовом кровотечении (коды по МКБ - 10: O67, O72, O72.0, O72.1, O72.2, O72.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения (Да/Нет)
1.	Выполнено лечение окситоцином и его аналогами (в третьем периоде родов или интраоперационно при кесаревом сечении) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнена оценка объема кровопотери (гравиметрический метод)	Да/Нет
3.	Выполнена катетеризация 2 периферических вен катетерами 14-16G	Да/Нет
4.	Выполнено лечение метилэргометрином (внутривенно) или мизопростолом 800 мкг (при отсутствии эффекта от окситоцина) (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена инфузионная терапия сбалансированными кристаллоидными растворами (при послеродовом кровотечении)	Да/Нет
6.	Выполнено подогревание растворов для инфузионной терапии до 35-40°C	Да/Нет
7.	Выполнен врачом анестезиологом-реаниматологом венозный доступ (2 вены катетерами 14-16G) и неинвазивный мониторинг (АД, ЧСС, ЭКГ, SpO2,) с оценкой диуреза (в течение 10 мин)	Да/Нет
8.	Выполнена коагулограмма (фибриноген, АЧТВ, МНО, ПТВ, ПДФ) при применении факторов свертывания II, VII, IX и X в комбинации и/или эптакога	Да/Нет

	альфа (активированного) и/или антикоагулянтов (через 6 часов)	
9.	Выполнено лечение транексамовой кислотой 1,0 г. (женщинам с высоким риском кровотечения) (после самопроизвольных родов)	Да/Нет

2.15.35.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при искусственном аборте (медицинском аборте) (коды по МКБ - 10: O04, O06, O07, O35)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный (с определением срока беременности по дате последней менструации и/или данным ультразвукового исследования матки и придатков или ультразвукового исследования плода, с осмотром шейки матки в зеркалах и бимануальным влагалищным исследованием).	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное и/или ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное (до 10 недель беременности) или ультразвуковое исследование плода (после 10 недель беременности).	Да/Нет
3.	Выполнено направление на консультацию психолога (медицинского психолога, специалиста по социальной работе)	Да/Нет
4.	Выполнено определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор).	Да/Нет
5.	Выполнено определение анти(RhD)антител резус-(отрицательным пациенткам, беременным от партнера с резус-положительной или неизвестной резус-принадлежностью крови).	Да/Нет
6.	Выполнено микроскопическое исследование влагалищных мазков	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови (перед хирургическим абортом на любом сроке беременности и перед медикаментозным абортом после 12 недель беременности).	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня тромбоцитов в крови (перед хирургическим абортом на любом сроке беременности и перед медикаментозным абортом после 12 недель беременности).	Да/Нет
9.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (перед хирургическим абортом на любом сроке беременности и медикаментозным абортом на сроке после 12 недель беременности).	Да/Нет

2.15.35.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при искусственном аборте (медицинском аборте) (коды по МКБ - 10: O04, O06, O07, O35)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными препаратами системного действия (при хирургическом медицинском аборте, при медикаментозном медицинском аборте при высоком риске инфекционно-воспалительных осложнений) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] (при резус (D) отрицательной принадлежности крови пациентки, беременной от партнера с резус (D) положительной принадлежностью крови, при отсутствии резус(D)-изоиммунизации) (в течение 72 часов после медицинского аборта) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний).	Да/Нет
3.	Выполнена анестезия при хирургическом вмешательстве и выполнено назначение анальгезии при медикаментозном аборте (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний).	Да/Нет

2.15.36.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при гестационном сахарном диабете (коды по МКБ - 10: O24.0, O24.1, O24.3, O24.4, O24.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови (венозной плазмы) (при постановке на учет беременной до 24 недели беременности)	Да/Нет
2.	Выполнен пероральный глюкозо-толерантный тест (на 24-28 неделе гестации беременным, у которых не было выявлено нарушение углеводного обмена в первой половине беременности)	Да/Нет
3.	Выполнено информирование беременной о рекомендациях по диетотерапии, физической активности и ведению дневника самоконтроля	Да/Нет
4.	Выполнено назначение препаратов группы инсулина и их аналогами (при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование плода с перцентильной оценкой фетометрии и доплерометрией (по направлению врача акушера-гинеколога)	Да/Нет
6.	Выполнена кардиотокография плода (с 32 недель гестации - не реже 1 раза в 7-10 дней, с 37 недели - не реже 1 раза в 7 дней)	Да/Нет
7.	Выполнено направление беременной в акушерский стационар (при наличии акушерских показаний)	Да/Нет

2.15.36.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гестационном сахарном диабете (коды по МКБ - 10: O24.0, O24.1, O24.3, O24.4, O24.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование плода с перцентильной оценкой фетометрии и доплерометрией (по направлению врача акушера-гинеколога)	Да/Нет
2.	Выполнена кардиотокография плода (с 32 недель гестации - не реже 1 раза в 7-10 дней, с 37 недели - не реже 1 раза в 7 дней)	Да/Нет
3.	Выполнена непрерывная кардиотокография плода (в родах)	Да/Нет
4.	Выполнен контроль гликемии (у рожениц, получавших во время беременности инсулин) (в родах)	Да/Нет

2.16. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ, ВОЗНИКАЮЩИХ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

2.16.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при врожденной цитомегаловирусной инфекции (коды по МКБ - 10: P35.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови во время лечения противовирусными препаратами группы нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы (код АТХ J05AB) (еженедельно первые 6 недель, на 8 неделе и далее ежемесячно на протяжении курса терапии).	Да/Нет
2.	Выполнен биохимический анализ крови общетерапевтический во время лечения противовирусными препаратами прямого действия (код АТХ J05A) группы нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы (код АТХ J05AB) (ежемесячно на протяжении курса терапии)	Да/Нет
3.	Выполнено диспансерное наблюдение врача-сурдолога-отоларинголога (1 раз в 3-6 месяцев на первом году жизни, 1 раз в 6 месяцев до 3-х лет и 1 раз в 12 месяцев до 10-19 лет)	Да/Нет
4.	Выполнено диспансерное наблюдение врача - инфекциониста (в раз в 12 месяцев до	Да/Нет

	2-х лет)	

2.16.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденной цитомегаловирусной инфекции (коды по МКБ - 10: P35.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен визуальный терапевтический осмотр	Да/Нет
2.	Выполнено определение ДНК цитомегаловируса методом ПЦР (количественное) в крови, в слюне, в мазках со слизистой оболочки ротоглотки, в моче	Да/Нет
3.	Выполнено определение ДНК цитомегаловируса методом ПЦР (количественно) периферической крови для контроля эффективности лечения противовирусными препаратами (в начале лечения и каждые 2-4 недели на протяжении лечения)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови во время лечения противовирусными препаратами группы нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы (код АТХ J05AB) (еженедельно первые 6 недель, на 8 неделе и далее ежемесячно на протяжении курса терапии).	Да/Нет
6.	Выполнен биохимический анализ крови общетерапевтический	Да/Нет
7.	Выполнен биохимический анализ крови общетерапевтический во время лечения противовирусными препаратами прямого действия (код АТХ J05A) группы нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы (код АТХ J05AB) (ежемесячно на протяжении курса терапии)	Да/Нет
8.	Выполнена нейросонография	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
10.	Выполнена отоакустическая эмиссия	Да/Нет
11.	Выполнен осмотр врача-офтальмолога	Да/Нет
12.	Выполнен осмотр врача-невролога	Да/Нет
13.	Выполнено лечение противовирусными препаратами прямого действия (код АТХ J05A) при среднетяжелой и тяжелой формах	Да/Нет
14.	Выполнено введение антицитомегаловирусного иммуноглобулина человека при лечении противовирусными препаратами прямого действия (код АТХ J05A)	Да/Нет

2.16.2.2. 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 визуальный терапевтический осмотр	Да/Нет
2.	Выполнен общий клинический анализ крови с исследованием уровня эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, ретикулоцитов	Да/Нет
3.	Выполнено исследование общего клинического анализа крови и мочи не ранее, чем через 2 часа и не позже 24 часов после гемотрансфузии	Да/Нет
4.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови, уровней калия и кальция в крови во время и после гемотрансфузии	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование головного мозга, брюшной полости (комплексное), почек и надпочечников	Да/Нет
6.	Выполнена гемотрансфузия эритроцитсодержащих компонентов (ЭСК) крови при снижении уровня гемоглобина до значений, требующих коррекции	Да/Нет
7.	Выполнено лечение антианемическими препаратами (код АТХ B03XA) -эпоэтин альфа или эпоэтин бета (код АТХ B03XA) у недоношенных новорожденных менее 31 недели гестации	Да/Нет

2.16.3.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденной анемии вследствие кровопотери у плода и других врожденных анемиях новорожденных (коды по МКБ - 10: P61.3, P61.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен визуальный терапевтический осмотр	Да/Нет
2.	Выполнен общий клинический анализ крови с исследованием уровня эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, ретикулоцитов	Да/Нет
3.	Выполнено исследование мазка крови при анемии неясного генеза	Да/Нет
4.	Выполнено проведение прямой пробы Кумбса	Да/Нет
5.	Выполнено исследование общего клинического анализа крови и мочи не ранее, чем через 2 часа и не позже 24 часов после гемотрансфузии	Да/Нет
6.	Выполнен мониторинг ЧСС, АД, ЧД, степени насыщения гемоглобина кислородом, диуреза, цвета мочи, температура тела во время и в течение 2 часов после гемотрансфузии	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование головного мозга, брюшной полости (комплексное), почек и надпочечников	Да/Нет
8.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и уровней калия и кальция во время и после гемотрансфузии при ухудшении состояния	Да/Нет
9.	Выполнена гемотрансфузия эритроцитсодержащих компонентов (ЭСК) крови новорожденному с симптомами анемии и/или снижением уровня гемоглобина до значений, требующих коррекции	Да/Нет
10.	Выполнено введение растворов электролитов (код АТХ В05ХА) - натрия хлорида 0,9% раствора при гиповолемии	Да/Нет

2.16.4.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при бронхолегочной дисплазии (коды по МКБ - 10: P27.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено суточное прикроватное мониторирование жизненных функций и параметров: степени насыщения гемоглобина кислородом методом пульсоксиметрии, частоты сердечных сокращений, артериального давления и частоты дыхания	Да/Нет
2.	Выполнена оксигенотерапия	Да/Нет
3.	Выполнено лечение системными глюкокортикостероидами (код АТХ Н02АВ) при длительной искусственной вентиляции легких	Да/Нет
4.	Выполнено лечение ингаляционными глюкокортикостероидами (код АТХ R03В) - при бронхообструктивном синдроме	Да/Нет
5.	Выполнено лечение адренергическими средствами для ингаляционного введения - селективными бета 2-адреномиметиками - сальбутамол (код АТХ R03АС) или адренергическими средствами в комбинации с антихолинергическими средствами - ипратропия бромид + фенотерол (код АТХ R03АL), или другими средствами для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей для ингаляционного введения - антихолинергическими средствами - ипратропия бромид (код АТХ R03ВВ) при бронхообструктивном синдроме	Да/Нет
6.	Выполнено лечение специфическим иммуноглобулином - паливизумабом (код АТХ J06ВВ)	Да/Нет
7.	Выполнено диспансерное наблюдение врача пульмонолога	Да/Нет

2.16.4.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при бронхолегочной дисплазии (коды по МКБ - 10: P27.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови	Да/Нет
3.	Выполнено суточное прикроватное мониторирование жизненных функций и параметров: степени насыщения гемоглобина кислородом методом пульсоксиметрии, частоты сердечных сокращений, артериального давления и частоты дыхания	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография легких	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
6.	Выполнена оксигенотерапия	Да/Нет
7.	Выполнено лечение системными глюкокортикостероидами (код АТХ H02AB) при длительной искусственной вентиляции легких	Да/Нет
8.	Выполнено лечение ингаляционными глюкокортикостероидами (код АТХ R03B) - при бронхообструктивном синдроме	Да/Нет
9.	Выполнено лечение адренергическими средствами для ингаляционного введения - селективными бета 2-адреномimetиками - салбутамолом (код АТХ R03AC) или адренергическими средствами в комбинации с антихолинергическими средствами - ипратропия бромид + фенотерол (код АТХ R03AL), или другими средствами для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей для ингаляционного введения - антихолинергическими средствами - ипратропия бромид (код АТХ R03BB) при бронхообструктивном синдроме	Да/Нет
10.	Выполнено лечение производными ксантина (код АТХ N06BC) - недоношенным новорожденным ГВ < 32 недель, находящимся на неинвазивной ИВЛ или на инвазивной ИВЛ перед планирующейся экстубацией, в первые 72 часа жизни	Да/Нет
11.	Выполнено лечение специфическим иммуноглобулином - паливизумабом (код АТХ J06BV)	Да/Нет

2.17. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЯХ [ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ], ДЕФОРМАЦИЯХ И ХРОМОСОМНЫХ НАРУШЕНИЯХ

2.17.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при аниридии врожденной (коды по МКБ - 10: Q13.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена визометрия и рефрактометрия	Да/Нет
2.	Выполнена офтальмотонометрия	Да/Нет
3.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
4.	Выполнена офтальмоскопия или биомикроскопия глазного дна	Да/Нет
5.	Выполнено назначение или проведение медикаментозной терапии офтальмологическими препаратами (кератопротекторными препаратами (S01KA02 Гипромеллоза, S01XA12 Декспантенол)) при наличии кератопатии и/или для профилактики роговичных осложнений	Да/Нет

2.17.1.2. Критерии оценки качества специализированной помощи детям при аниридии врожденной (коды по МКБ - 10: Q13.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена визометрия и рефрактометрия	Да/Нет
2.	Выполнена офтальмотонометрия	Да/Нет
3.	Выполнена кератопахиметрия	Да/Нет

4.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
5.	Выполнена гониоскопия	Да/Нет
6.	Выполнена офтальмоскопия или биомикроскопия глазного дна	Да/Нет
7.	Выполнена периметрия (детям старшего возраста, с достаточным уровнем психомоторного и интеллектуального развития ребенка и наличия предметного зрения).	Да/Нет
8.	Выполнена ультразвуковая биометрия глаза	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование глазного яблока при непрозрачных средах	Да/Нет
10.	Выполнено назначение или проведение медикаментозной терапии офтальмологическими препаратами (кератопротекторными препаратами (S01KA02 Гипромеллоза, S01XA12 Декспантенол)) при наличии кератопатии и/или для профилактики роговичных осложнений	Да/Нет

2.17.2.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при врожденных и приобретенных аномалиях и деформациях зубочелюстной системы и лицевого черепа (коды по МКБ - 10: Q18, K07.0, K07.1, K07.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа и/или магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) (височно-нижнечелюстного сустава)	Да/Нет
2.	Выполнено измерение антропометрических параметров лица и окружности головы, определение симметрии лицевого скелета и черепа, определение прикуса	Да/Нет
3.	Выполнен прием врача-стоматолога-ортопеда первичный	Да/Нет
4.	Выполнен прием врача-ортодонта первичный	Да/Нет
5.	Выполнен прием врача-стоматолога-терапевта	Да/Нет
6.	Выполнен прием врача-оториноларинголога	Да/Нет
7.	Выполнен прием врача-анестезиолога-реаниматолога	Да/Нет
8.	Выполнено оперативное вмешательство, в ходе которого достигнуто улучшение общего состояния, функциональных возможностей, внешнего вида пациента	Да/Нет

2.17.2.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при врожденных и приобретенных аномалиях и деформациях зубочелюстной системы и лицевого черепа (коды по МКБ - 10: Q18, K07.0, K07.1, K07.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа и/или магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) (височно-нижнечелюстного сустава)	Да/Нет
2.	Выполнено измерение антропометрических параметров лица и окружности головы, определение симметрии лицевого скелета и черепа, определение прикуса	Да/Нет
3.	Выполнен прием врача-стоматолога-ортопеда первичный	Да/Нет
4.	Выполнен прием врача-ортодонта первичный	Да/Нет
5.	Выполнен прием врача-стоматолога-терапевта	Да/Нет
6.	Выполнен прием врача-оториноларинголога	Да/Нет
7.	Выполнен прием врача-анестезиолога-реаниматолога	Да/Нет
8.	Выполнено оперативное вмешательство, в ходе которого достигнуто	Да/Нет

	улучшение общего состояния, функциональных возможностей, внешнего вида пациента.	

2.17.3.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при общем артериальном стволе (коды по МКБ - 10: Q20.0, I27.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
4.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография сердца с контрастированием (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.17.3.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при общем артериальном стволе (коды по МКБ - 10: Q20.0, I27.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография (при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография сердца с контрастированием (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено зондирование камер сердца (при значимом повышении давления в легочной артерии по данным эхокардиографии и/или по достижении возраста без операции 6 мес. и старше, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента)	Да/Нет

2.17.4.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при единственном желудочке сердца (коды по МКБ - 10: Q20.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет

4.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет

2.17.4.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при единственном желудочке сердца (коды по МКБ - 10: Q20.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена пульсоксиметрия (при планировании гемодинамической коррекции)	Да/Нет
2.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
3.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
4.	Выполнена эхокардиография (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография сердца с контрастированием и/или магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено зондирование камер сердца и/или чрезвенная катетеризация сердца (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.17.5.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при дефекте межпредсердной перегородки (коды по МКБ - 10: Q21.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
4.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет

2.17.5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дефекте межпредсердной перегородки (коды по МКБ - 10: Q21.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при планировании хирургического лечения и выписки из стационара)	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
4.	Выполнено зондирование камер сердца (при наличии косвенных эхокардиографических признаков легочной гипертензии, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено закрытие дефекта перегородки сердца или эндоваскулярное закрытие	Да/Нет

	дефекта перегородки сердца с помощью окклюдера (при наличии объемной перегрузки правого желудочка) (при условии операбельности пациента)	

2.17.6.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при дефекте предсердно-желудочковой перегородки (Атриовентрикулярный канал) (коды по МКБ - 10: Q21.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
4.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография сердца с контрастированием или магнитно-резонансная томография с контрастированием (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.17.6.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дефекте предсердно-желудочковой перегородки (Атриовентрикулярный канал) (коды по МКБ - 10: Q21.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография сердца с контрастированием или магнитно-резонансная томография с контрастированием (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена чресвенная катетеризация сердца (пациентам с АВК старше 6 месяцев при наличии данных о высокой легочной гипертензией для определения обратимости легочно-сосудистой болезни, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента)	Да/Нет

2.17.7.1. 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 прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога	Да/Нет

3.	Выполнена пульсоксиметрия (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
4.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
5.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
6.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
7.	Выполнена компьютерная томография сердца с контрастированием и/или магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием (при недостаточной информативности данных эхокардиографии и/или выявления остаточных осложнений после коррекции тетрады Фалло) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена пульсоксиметрия (при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
2.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при планировании хирургического лечения и выписки из стационара)	Да/Нет
3.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
4.	Выполнена эхокардиография (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
5.	Выполнена чрезвенная катетеризация камер сердца и панаортография (при недостаточной информативности эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография сердца с контрастированием и/или магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием (при недостаточной информативности данных эхокардиографии и/или выявления остаточных осложнений после коррекции тетрады Фалло) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента)	Да/Нет

2.17.8.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при дефекте аортолегочной перегородки (коды по МКБ - 10: Q21.4, I27.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
4.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет

2.17.8.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дефекте аортолегочной перегородки (коды по МКБ - 10: Q21.4, I27.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при планировании хирургического лечения и выписки из стационара)	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография сердца с контрастированием и/или магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено зондирование камер сердца (при значимом повышении давления в легочной артерии по данным эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено закрытие дефекта перегородки сердца (при гемодинамически значимом лево-правом сбросе и неэффективности консервативной терапии) (при условии операбельности пациента)	Да/Нет

2.17.9.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при врожденном стенозе клапана легочной артерии (коды по МКБ - 10: Q22.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный и/или врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
4.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет

2.17.9.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденном стенозе клапана легочной артерии (коды по МКБ - 10: Q22.1)

п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография сердца с контрастированием и/или магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое лечение (при выраженном и резком стенозе клапана легочной артерии) (при условии операбельности пациента)	Да/Нет

2.17.10.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при атрезии легочной артерии с дефектом межжелудочковой перегородки (АЛА с ДМЖП) (коды по МКБ - 10: Q25.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога	Да/Нет
3.	Выполнена пульсоксиметрия (при установлении диагноза и/или диспансерном наблюдении)	Да/Нет
4.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении – не реже 1 раза в год)	Да/Нет
5.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
6.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет

2.17.10.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при атрезии легочной артерии с дефектом межжелудочковой перегородки (АЛА с ДМЖП) (коды по МКБ - 10: Q25.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография сердца с контрастированием и/или магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов (при планировании хирургического лечения и при недостаточности данных эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена вентрикулография сердца и/или ангиокардиография и/или панаортография (при планировании хирургического лечения и при недостаточности данных эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента)	Да/Нет

2.17.11.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при врожденном клапанном стенозе аорты (коды по МКБ - 10: Q23.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный и/или врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза и/или при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
4.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет

6.	Выполнена компьютерная томография сердца с контрастированием (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено назначение варфарина (пациентам с имплантированным в аортальную позицию механическим протезом, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.17.11.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденном клапанном стенозе аорты (коды по МКБ - 10: Q23.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при выписке из стационара)	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография сердца с контрастированием (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена ретроградная катетеризация левых отделов сердца и/или вентрикулография сердца и/или панаортографии с коронарографией (при выраженном и резком аортальном стенозе, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена транслюминальная баллонная вальвулопластика аортального клапана и/или пластика аортального клапана в условиях искусственного кровообращения, и/или протезирование аортального клапана в условиях искусственного кровообращения (при критическом клапанном стенозе аорты) (при условии операбельности пациента)	Да/Нет

2.17.12.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при трехпредсердном сердце (коды по МКБ - 10: Q24.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
4.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография сердца с контрастированием и/или магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.17.12.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при трехпредсердном сердце (коды по МКБ - 10: Q24.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография сердца с контрастированием и/или магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена чрезвенная катетеризация сердца (при недостаточной информативности эхокардиографии и/или при значимом повышении давления в легочной артерии по данным эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение (при рестриктивном отверстии) (при условии операбельности пациента)	Да/Нет

2.17.13.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при врожденном подклапанном стенозе аорты (коды по МКБ - 10: Q24.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный и/или врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
4.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография сердца с контрастированием (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено лечение варфарином (пациентам с имплантированным в аортальную позицию протезом, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.17.13.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденном подклапанном стенозе аорты (коды по МКБ - 10: Q24.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография сердца с контрастированием (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

5.	Выполнена ретроградная катетеризация левых отделов сердца и/или вентрикулография сердца и/или панаортографии с коронарографией (при выраженном и резком подаортальном стенозе, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение (при выраженном и резком подаортальном стенозе) (при условии операбельности пациента)	Да/Нет
7.	Выполнено лечение варфарином (пациентам с имплантированным в аортальную позицию протезом, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.17.14.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при коарктации аорты (коды по МКБ - 10: Q25.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием или компьютерно-томографическая ангиография грудной аорты (при гипоплазии дуги аорты, подозрении на аномалии отхождения брахиоцефальных сосудов, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.17.14.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при коарктации аорты (коды по МКБ - 10: Q25.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена эхокардиография (при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
2.	Выполнена магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием или компьютерно-томографическая ангиография грудной аорты (при гипоплазии дуги аорты, подозрении на аномалии отхождения брахиоцефальных сосудов, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнена чрезвенозная катетеризация сердца (перед проведением баллонной ангиопластики, стентированием аорты, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента)	Да/Нет

2.17.15.1. 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 прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный и/или врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
4.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза и/или при	Да/Нет

	диспансерном наблюдении)	
6.	Выполнена компьютерная томография сердца с контрастированием и/или магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием и/или однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда перфузионная (при диагностированном вовлечении в патологический процесс устьев коронарных артерий и/или при недостаточной информативности данных эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.17.15.2. 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.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография сердца с контрастированием и/или магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием и/или однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда перфузионная (при диагностированном вовлечении в патологический процесс устьев коронарных артерий и/или при недостаточной информативности данных эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена чрезвенная катетеризация сердца и ретроградная катетеризация левых отделов сердца с левой вентрикулографией и/или панаортография с коронарографией (при выраженном и резком аортальном стенозе и недостаточности данных КТ и/или МРТ) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение (при выраженном и резком подаортальном стенозе) (при условии операбельности пациента)	Да/Нет

2.17.16.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при тотальном anomальном дренаже легочных вен (коды по МКБ - 10: Q26.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
4.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет

2.17.16.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при тотальном anomальном дренаже легочных вен (коды по МКБ - 10: Q26.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет

2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография сердца и сосудов с контрастированием (при планировании хирургического лечения) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента)	Да/Нет

2.17.17.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при болезни Гиршпрунга (коды по МКБ - 10: Q43.1)

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

2.17.17.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезни Гиршпрунга (коды по МКБ - 10: Q43.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена ирригоскопия (при установлении диагноза и/или при отсутствии выполнения на предыдущем этапе, и/или при недостаточной информативности ранее проведенного исследования)	Да/Нет
2.	Выполнена аноректальная манометрия (при установлении диагноза и/или при отсутствии выполнения на предыдущем этапе, и/или при недостаточной информативности ранее проведенного исследования)	Да/Нет

2.17.18.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной 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
1.	Выполнен антропометрический анализ черепно-лицевой области, выявлены имеющиеся анатомические изменения	Да/Нет
2.	Выполнен прием врачом-нейрохирургом и/или врачом-офтальмологом и/или врачом – оториноларингологом и/или врачом-педиатром и/или врачом – анестезиологом-реаниматологом и/или врачом-ортодонтом и/или врачом - генетиком	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография черепа с мультипланарной и трехмерной реконструкцией	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга в режиме венографии	Да/Нет
5.	Выполнена эндоскопическая эндоназальная ревизия полости носа и носоглотки	Да/Нет
6.	Выполнена электроэнцефалография	Да/Нет
7.	Выполнено хирургическое лечение, в ходе которого достигнуто улучшение общего состояния, функциональных возможностей, внешнего вида пациента	Да/Нет
8.	Выполнено своевременное удаление фиксирующих металлоконструкций	Да/Нет

2.17.18.2. 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
1.	Выполнен антропометрический анализ черепно-лицевой области, выявлены имеющиеся анатомические изменения	Да/Нет
2.	Выполнен прием врачом-нейрохирургом и/или врачом-офтальмологом и/или врачом – оториноларингологом и/или врачом-педиатром и/или врачом – анестезиологом-реаниматологом и/или врачом-ортодонтом и/или врачом - генетиком	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография черепа с мультипланарной и трехмерной реконструкцией	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга в режиме венографии	Да/Нет
5.	Выполнена эндоскопическая эндоназальная ревизия полости носа и носоглотки	Да/Нет
6.	Выполнена электроэнцефалография	Да/Нет
7.	Выполнено хирургическое лечение, в ходе которого достигнуто улучшение общего состояния, функциональных возможностей, внешнего вида пациента	Да/Нет
8.	Выполнено своевременное удаление фиксирующих металлоконструкций	Да/Нет

2.17.19.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при врожденной глаукоме (коды по МКБ - 10: Q15.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена визометрия и рефрактометрия	Да/Нет
2.	Выполнена офтальмотонометрия	Да/Нет
3.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
4.	Выполнена офтальмоскопия или биомикроскопия глазного дна	Да/Нет
5.	Выполнено назначение или проведение медикаментозного лечения: противоглаукомные препараты и миотические средства S01E (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.17.19.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденной глаукоме (коды по МКБ - 10: Q15.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена визометрия и рефрактометрия	Да/Нет
2.	Выполнена офтальмотонометрия	Да/Нет
3.	Выполнена кератопахиметрия	Да/Нет
4.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
5.	Выполнена гониоскопия	Да/Нет
6.	Выполнена офтальмоскопия или биомикроскопия глазного дна	Да/Нет
7.	Выполнена периметрия (детям старшего возраста, с достаточным уровнем психомоторного и интеллектуального развития ребенка и наличия предметного зрения).	Да/Нет
8.	Выполнена ультразвуковая биометрия глаза	Да/Нет

9.	Выполнено оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора, оптическое исследование головки зрительного нерва и слоя нервных волокон с помощью компьютерного анализатора	Да/Нет
10.	Выполнено назначение или проведение медикаментозного лечения: противоуглазные препараты и миотические средства S01E (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнено хирургическое лечение в случае некомпенсации врожденной глаукомы	Да/Нет

2.17.20.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при аномалии развития коронарных сосудов (коды по МКБ - 10: Q24.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-педиатра участкового первичный	Да/Нет
2.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
3.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при планировании хирургической коррекции и/или для выявления патологии легких)	Да/Нет
4.	Выполнена эхокардиография (при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
5.	Выполнена магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием или МРТ сердца и магистральных сосудов (при диспансерном наблюдении) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача - детского кардиолога первичный и/или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача - детского кардиолога повторный	Да/Нет

2.17.20.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при аномалии развития коронарных сосудов (коды по МКБ - 10: Q24.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при планировании хирургической коррекции и перед выпиской из стационара)	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при планировании хирургической коррекции и/или для выявления патологии легких)	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография (при планировании хирургического лечения и перед выпиской из стационара)	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием или МРТ сердца и магистральных сосудов (при сложных ВПС при планировании хирургической коррекции и/или при возникновении осложнений после хирургической коррекции) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена ретроградная катетеризация левых отделов сердца с коронарографией и панаортографией и/или компьютерно-томографическая коронарография, и/или спиральная компьютерная томография сердца с ЭКГ-синхронизацией (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена сцинтиграфия миокарда и/или ПЭТ совмещенная с компьютерной томографией миокарда с контрастированием (с флуорезоксиглюкозой [18F]) (в случае, если недостаточно данных коронарографии или эхокардиографии для установления диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента)	Да/Нет

2.17.21.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при перерыве дуги аорты. Двойной дуге аорты (коды по МКБ - 10: Q25.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога и/или прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга повторный, и/или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-педиатра участкового повторный	Да/Нет
2.	Выполнена эхокардиография (при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
3.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
4.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
5.	Выполнена магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов (при диспансерном наблюдении) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.17.21.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при перерыве дуги аорты. Двойной дуге аорты (коды по МКБ - 10: Q25.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена эхокардиография (при планировании хирургического лечения и перед выпиской из стационара)	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при планировании хирургической коррекции)	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при планировании хирургической коррекции и перед выпиской из стационара)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография сердца с контрастированием (в случае, если недостаточно данных эхокардиографии для установления диагноза) (при возникновении осложнений после хирургической коррекции) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено зондирование камер сердца (при повышении давления в легочной артерии)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента)	Да/Нет

2.17.22.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при синдроме гипоплазии левых отделов сердца (коды по МКБ - 10: Q23.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога и/или прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга повторный, и/или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-педиатра участкового (после каждого этапа гемодинамической коррекции)	Да/Нет
2.	Выполнена эхокардиография (при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
3.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
4.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный (при планировании последующего этапа гемодинамической коррекции)	Да/Нет

2.17.22.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при синдроме гипоплазии левых отделов сердца (коды по МКБ - 10: Q23.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови (при планировании последующего этапа гемодинамической коррекции)	Да/Нет
2.	Выполнена эхокардиография (при планировании хирургического лечения и перед выпиской из стационара и/или перед окончанием основного этапа операции)	Да/Нет
3.	Выполнена магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов и/или компьютерная томография сердца с контрастированием (в случае, если недостаточно данных эхокардиографии для установления диагноза) (при планировании последующего этапа гемодинамической коррекции) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при планировании хирургической коррекции и перед выпиской из стационара)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при планировании хирургической коррекции и перед выпиской из стационара)	Да/Нет
6.	Выполнена инфузия простагландинов (C01EA) новорожденному перед первым этапом хирургического лечения	Да/Нет
7.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия (при наличии факторов риска инфекционных осложнений)	Да/Нет
8.	Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента)	Да/Нет

2.17.23.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при кисте почки у детей (коды по МКБ - 10: Q61.0, N28.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено назначение ультразвукового исследования почек и ультразвукового исследования мочевыводящих путей с доплерографией (Дуплексное сканирование артерий почек) при диагностике	Да/Нет
2.	Выполнено назначение ультразвукового исследования почек и ультразвукового исследования мочевыводящих путей (при динамическом наблюдении ежегодно)	Да/Нет

2.17.23.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при кисте почки у детей (коды по МКБ - 10: Q61.0, N28.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и ультразвуковое исследование мочевыводящих путей с доплерографией (Дуплексное сканирование артерий почек) при диагностике	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и ультразвуковое исследование мочевыводящих путей (при динамическом наблюдении ежегодно)	Да/Нет

2.17.24.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при аномалии Эбштейна (коды по МКБ - 10: Q22.5, I36.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет

2.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
4.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография сердца с контрастированием и/или магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов (при недостаточной информативности данных эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено назначение варфарина (пациентам с имплантированным в трикуспидальную позицию механическим протезом, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.17.24.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при аномалии Эбштейна (коды по МКБ - 10: Q22.5, I36.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови (при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
2.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при планировании хирургического лечения и выписки из стационара)	Да/Нет
3.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
4.	Выполнена эхокардиография (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография сердца с контрастированием и/или магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов (при недостаточной информативности данных эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента)	Да/Нет

2.17.25.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при дефекте межжелудочковой перегородки (коды по МКБ - 10: Q21.0, I27.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
4.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
6.	Выполнена магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов с контрастированием и/или компьютерная томография сердца с контрастированием (при недостаточной информативности данных эхокардиографии или в случае	Да/Нет

	сочетания порока с другими внутри- и внесердечными аномалиями) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	

2.17.25.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дефекте межжелудочковой перегородки (коды по МКБ - 10: Q21.0, I27.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов с контрастированием и/или компьютерная томография сердца с контрастированием (при недостаточной информативности данных эхокардиографии или в случае сочетания порока с другими внутри- и внесердечными аномалиями) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена чрезвенозная катетеризация камер сердца (пациентам с нерестриктивным ДМЖП в возрасте старше 6-12 месяцев при значительном повышении давления в легочной артерии по данным ЭхоКГ для оценки ЛГ) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента)	Да/Нет

2.17.26.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при дискордантном предсердно-желудочковом соединении (коды по МКБ - 10: Q20.5, Q20.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный, и/или (осмотр, консультация) врача-кардиолога повторный и/или прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога повторный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга повторный	Да/Нет
2.	Выполнена эхокардиография (при диспансерном наблюдении – не реже 1 раза в год)	Да/Нет
3.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
4.	Выполнена регистрация электрокардиограммы и/или холтеровское мониторирование сердечного ритма (при диспансерном наблюдении – не реже 1 раза в год)	Да/Нет
5.	Выполнено проведение теста с физической нагрузкой с использованием эргометра не реже 1 раза в год (пациентам старше 10 лет) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена чрезвенозная катетеризация сердца и панаортография и/или спиральная компьютерная томография сердца с ЭКГ-синхронизацией, и/или магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием (в случае, если недостаточно данных эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.17.26.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дискордантном предсердно-желудочковом соединении (коды по МКБ - 10: Q20.5, Q20.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена эхокардиография (при планировании хирургического лечения и перед выпиской из стационара)	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при планировании хирургической коррекции)	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы и/или холтеровское мониторирование сердечного ритма (при планировании хирургического лечения и перед выпиской из стационара)	Да/Нет
4.	Выполнено проведение теста с физической нагрузкой с использованием эргометра не реже 1 раза в год (пациентам старше 10 лет) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена чрезвенозная катетеризация сердца и панаортография и/или спиральная компьютерная томография сердца с ЭКГ-синхронизацией, и/или магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием (в случае, если недостаточно данных эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента)	Да/Нет

2.17.27.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при открытом артериальном протоке (ОАП) (коды по МКБ - 10: Q25.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога не реже 1 раза в течение первых 12 месяцев после хирургического лечения	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
4.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении - не реже одного раза в 1-2 года)	Да/Нет

2.17.27.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при открытом артериальном протоке (ОАП) (коды по МКБ - 10: Q25.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови новорожденным в тяжелом состоянии	Да/Нет
2.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при планировании хирургического лечения и перед выпиской из стационара)	Да/Нет
3.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
4.	Выполнена эхокардиография (при планировании хирургического лечения и перед выпиской из стационара)	Да/Нет
5.	Выполнена магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов и/или компьютерная томография грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарной и трехмерной реконструкцией (при	Да/Нет

	сочетании с другими ВПС и при недостаточности данных эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	
6.	Выполнена ретроградная катетеризация левых отделов сердца (пациентам старше 6 месяцев жизни) (при подозрении на ОАП с критической степенью легочной гипертензии) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено лечение ибупрофеном и/или парацетамолом (недоношенному ребенку, с гемодинамически значимым ОАП) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента)	Да/Нет

2.17.28.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при транспозиции магистральных артерий (коды по МКБ - 10: Q20.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача- кардиолога и/или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога, и/или прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография (при диспансерном наблюдении)	Да/Нет

2.17.28.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при транспозиции магистральных артерий (коды по МКБ - 10: Q20.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена пульсоксиметрия (при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
2.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография (при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием или компьютерную томографию сердца и сосудов с контрастированием (при несогласованности клинико-инструментальных данных при планировании хирургической коррекции и/или при возникновении осложнений после хирургической коррекции) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена чрезвенозная катетеризация сердца с инвазивным мониторингом давления в легочной артерии (ИМДЛА) и/или коронарография (перед выполнением хирургического лечения) (в случае, если недостаточно других инструментальных данных) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента)	Да/Нет

2.17.29.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при частичномanomальном дренаже легочных вен (ЧАДЛВ) (коды по МКБ - 10: Q26.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога не реже 1 раза в 12-60 месяцев	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении - не реже 1 раза в год)	Да/Нет

4.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет

2.17.29.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при частичномanomальном дренаже легочных вен (ЧАДЛВ) (коды по МКБ - 10: Q26.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием и/или компьютерная томография сердца с контрастированием, и/или магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов, и/или чрезвенозная катетеризация сердца, и/или ангиография легочной артерии и ее ветвей (при планировании хирургического лечения и при недостаточности данных эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента)	Да/Нет

2.17.30.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при врожденной митральной недостаточности (ВМН) (коды по МКБ - 10: Q23.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный и/или врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога или диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога у бессимптомных пациентов с тяжелой митральной регургитацией не реже 1 раза в 12 месяцев	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза и/или при планировании хирургического лечения и выписки из стационара)	Да/Нет
4.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография (при установлении диагноза и/или при диспансерном наблюдении)	Да/Нет
6.	Выполнена магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием и/или магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов (при недостаточности данных эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено лечение варфарином (после хирургического лечения, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.17.30.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденной митральной недостаточности (ВМН) (коды по МКБ - 10: Q23.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (при установлении диагноза и/или при планировании хирургического лечения и выписки из стационара)	Да/Нет
2.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении	Да/Нет

	диагноза и при планировании хирургического лечения)	
3.	Выполнена эхокардиография (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара)	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием и/или магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов (при недостаточности данных эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено зондирование камер сердца (при высокой легочной гипертензии по данным эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена пластика митрального клапана в условиях искусственного кровообращения и/или протезирование митрального клапана в условиях искусственного кровообращения (при II–IV функциональном классе по NYHA с 3–4 степенью митральной недостаточности) (при условии операбельности пациента)	Да/Нет
7.	Выполнено лечение варфарином (после хирургического лечения, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.18. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ СИМПТОМАХ, ПРИЗНАКАХ И ОТКЛОНЕНИЯХ ОТ НОРМЫ, ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННЫХ В ДРУГИХ РУБРИКАХ

2.18.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи при хроническом болевом синдроме (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи (коды по МКБ - 10: R52.1, R52.2, Z51.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена и отражена в медицинской документации динамическая оценка интенсивности болевого синдрома по шкалам оценки боли (при каждом посещении)	Да/Нет
2.	Выполнено назначение обезболивающего препарата, предпочтительно в неинвазивных формах, через определенные интервалы времени с учетом его периода полувыведения и эффекта действия предшествующей дозы	Да/Нет
3.	Выполнено назначение слабительных средств (на фоне приема опиоидов, при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено назначение противорвотных препаратов и/или стимуляторов моторики желудочно-кишечного тракта (при возникновении тошноты и рвоты на фоне приема опиоидов, при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено назначение опиоида в лекарственной форме с немедленным высвобождением для экстренной терапии приступа сильной боли, возникающей на фоне адекватно контролируемой с помощью опиоидной терапии фоновой персистирующей боли (при «прорыве» боли)	Да/Нет
6.	Выполнено назначение противосудорожных препаратов, антидепрессантов в качестве первой линии терапии нейропатической боли	Да/Нет

2.18.1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи при хроническом болевом синдроме (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи (коды по МКБ - 10: R52.1, R52.2, Z51.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена и отражена в медицинской документации динамическая оценка интенсивности болевого синдрома по шкалам оценки боли (ежедневно)	Да/Нет
2.	Выполнено регулярное введение обезболивающего препарата, предпочтительно в неинвазивных формах, через определенные интервалы времени с учетом его периода полувыведения и эффекта действия предшествующей дозы	Да/Нет

3.	Выполнено лечение слабительными средствами (на фоне приема опиоидов, при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено лечение противорвотными препаратами и/или стимуляторами моторики желудочно-кишечного тракта (при возникновении тошноты и рвоты на фоне приема опиоидов, при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение опиоидом в лекарственной форме с немедленным высвобождением для экстренной терапии приступа сильной боли, возникающей на фоне адекватно контролируемой с помощью опиоидной терапии фоновой персистирующей боли (при «прорыве» боли)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение противосудорожными препаратами, антидепрессантами в качестве первой линии терапии нейропатической боли	Да/Нет

2.18.2.1. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гериатра первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (с проведением первичного скрининга старческой астении с использованием шкалы «Возраст не помеха» и скрининга саркопении, и с определением риска падений по алгоритму оценки риска падений, и с оценкой факторов риска падений, и с оценкой интенсивности боли, и с использованием опросников DN4)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (при неэффективности лекарственной терапии более 6 месяцев)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня 25-ОН витамина Д в крови	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
5.	Выполнено назначение комплекс упражнений (лечебная физкультура)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение нестероидных противовоспалительных препаратов для местного применения (при болях в спине или суставах и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено лечение колекальциферолом (при недостаточности (дефиците) витамина Д и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение прегабалином или габапентином, или дулоксетином, или венлафоксином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено лечение НПВС и противоревматическими препаратами (при сильной ноцицептивной боли и/или при не онкологической боли, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.18.2.2. 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.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гериатра первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (с проведением первичного скрининга старческой астении с использованием шкалы «Возраст не помеха» и скрининга саркопении, и с определением риска падений по алгоритму оценки риска падений, и с оценкой факторов риска падений, и с оценкой интенсивности боли, и с использованием опросников DN4)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (при неэффективности лекарственной терапии более 6 месяцев)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня 25-ОН витамина Д в крови	Да/Нет

4.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
5.	Выполнено лечение нестероидных противовоспалительных препаратов для местного применения (при болях в спине или суставах и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение колекальциферолом (при недостаточности (дефиците) витамина Д и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено лечение прегабалином или габапентином, или дулоксетином, или венлафоксином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение НПВС и противоревматическими препаратами (при сильной ноцицептивной боли и/или при не онкологической боли, при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.18.3.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при старческой астении (коды по МКБ - 10: R54)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-терапевта участкового первичный или прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный или прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный (с проведением скрининга старческой астении с использованием шкалы «Возраст не помеха» и с составлением плана коррекции выявленных гериатрических синдромов)	Да/Нет
2.	Выполнено направление на прием (осмотр, консультация) врача-гериатра первичный (при результате 5 баллов и более по скрининговому опроснику «Возраст не помеха»)	Да/Нет
3.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях и измерение частоты сердцебиения и ортостатическая проба	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня 25-ОН витамина Д в крови (при результате 5 баллов и более по скрининговому опроснику «Возраст не помеха»)	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гериатра первичный и комплексная гериатрическая оценка функционального и когнитивного статуса (с использованием шкалы FRAX и с оценкой потребности в социальном обслуживании и долговременном уходе, и с формулировкой диагноза с учетом всех гериатрических синдромов) (с разработкой индивидуального плана ведения пациента с учетом гериатрических синдромов)	Да/Нет
6.	Выполнено назначение колекальциферола (при дефиците (недостатке) витамина Д, (при наличии показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено назначение мемантина и/или донепезила или ривастигмина или галантамина) (при наличии деменции) (при наличии показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено назначение алендроновой кислоты или золедроновой кислоты, или деносумаба, или терипаратида (при высоком риске остеопоротических переломов по шкале FRAX (при наличии показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.18.3.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при старческой астении (коды по МКБ - 10: R54)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный (с проведением скрининга старческой астении с использованием шкалы «Возраст не помеха» и с составлением плана коррекции выявленных гериатрических синдромов)	Да/Нет
2.	Выполнено направление на прием (осмотр, консультация) врача-гериатра первичный (при результате 5 баллов и более по скрининговому опроснику «Возраст не помеха»)	Да/Нет

3.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях и измерение частоты сердцебиения и ортостатическая проба	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня 25-ОН витамина Д в крови (при результате 5 баллов и более по скрининговому опроснику «Возраст не помеха»)	Да/Нет
5.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гериатра первичный и комплексная гериатрическая оценка функционального и когнитивного статуса (с использованием шкалы FRAX и с оценкой потребности в социальном обслуживании и долговременном уходе, и с формулировкой диагноза с учетом всех гериатрических синдромов) (с разработкой индивидуального плана ведения пациента с учетом гериатрических синдромов)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение колекальциферолом (при дефиците (недостатке) витамина Д, (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и/или при необходимости корректировки терапии) (при наличии показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено лечение мемантином и/или донепезилом или ривастигнином или галантамином (при наличии деменции) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и/или при необходимости корректировки терапии) (при наличии показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение алендроновой кислотой или золедроновой кислотой, или деносуабом, или терипаратидом (при высоком риске остеопоротических переломов по шкале FRAX (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и/или при необходимости корректировки терапии) (при наличии показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-гериатром с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара (с ежедневной оценкой делирия и факторов риска его развития)	Да/Нет
10.	Выполнена комплексная гериатрическая оценка функционального и когнитивного статуса (с использованием шкалы FRAX и с оценкой потребности в социальном обслуживании и долговременном уходе, и с формулировкой диагноза с учетом всех гериатрических синдромов) (с разработкой индивидуального плана ведения пациента с учетом гериатрических синдромов)	Да/Нет
11.	Выполнено исследование уровня креатинина в крови (с расчетом скорости клубочковой фильтрации по формуле CKD-EPI)	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня общего белка в крови	Да/Нет
13.	Выполнено исследование уровня альбумина в крови	Да/Нет
14.	Выполнено исследование уровня 25-ОН витамина Д в крови (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и/или при необходимости корректировки терапии)	Да/Нет

2.18.4.2. Критерии оценки качества паллиативной медицинской помощи при хроническом болевом синдроме (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи (коды по МКБ - 10: R52.1, R52.2, Z51.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена и отражена в медицинской документации динамическая оценка интенсивности болевого синдрома по шкалам оценки боли (в условиях стационара – ежедневно; в амбулаторных условиях – при каждом посещении)	Да/Нет
2.	Выполнено регулярное введение обезболивающего препарата, предпочтительно в неинвазивных формах, через определенные интервалы времени с учетом его периода полувыведения и эффекта действия предшествующей дозы	Да/Нет
3.	Выполнено назначение обезболивающего препарата, предпочтительно в неинвазивных формах, через определенные интервалы времени с учетом его периода полувыведения и эффекта действия предшествующей дозы	Да/Нет
4.	Выполнено лечение слабительными средствами (на фоне приема опиоидов, при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет

5.	Выполнено назначение слабительных средств (на фоне приема опиоидов, при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение противорвотными препаратами и/или стимуляторами моторики желудочно-кишечного тракта (при возникновении тошноты и рвоты на фоне приема опиоидов, при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено назначение противорвотных препаратов и/или стимуляторов моторики желудочно-кишечного тракта (при возникновении тошноты и рвоты на фоне приема опиоидов, при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение опиоидом в лекарственной форме с немедленным высвобождением для экстренной терапии приступа сильной боли, возникающей на фоне адекватно контролируемой с помощью опиоидной терапии фоновой персистирующей боли (при «прорыве» боли)	Да/Нет
9.	Выполнено назначение опиоида в лекарственной форме с немедленным высвобождением для экстренной терапии приступа сильной боли, возникающей на фоне адекватно контролируемой с помощью опиоидной терапии фоновой персистирующей боли (при «прорыве» боли)	Да/Нет
10.	Выполнено назначение противосудорожных препаратов, антидепрессантов в качестве первой линии терапии нейропатической боли	Да/Нет
11.	Выполнено лечение противосудорожными препаратами, антидепрессантами в качестве первой линии терапии нейропатической боли	Да/Нет

2.19. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ ТРАВМАХ, ОТРАВЛЕНИЯХ И НЕКОТОРЫХ ДРУГИХ ПОСЛЕДСТВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИХ ПРИЧИН

2.19.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при открытой ране головы (коды по МКБ - 10: S01.0, S01.7)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено общеклинический и неврологический осмотр	Да/Нет
2.	Выполнено первичная хирургическая обработка раны	Да/Нет
3.	Выполнено вакцинация от столбняка	Да/Нет

2.19.2.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе дна глазницы (коды по МКБ - 10: S02.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено физикальное обследование пациента с подозрением на перелом нижней стенки глазницы, выявлены функциональные и косметические изменения	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врачом-офтальмологом	Да/Нет
3.	Выполнен осмотр врачом-неврологом и/или врачом-нейрохирургом, и/или врачом-оториноларингологом (при жалобах на факт потери сознания, тошноту, рвоту, головокружение и/или при жалобах со стороны ЛОР-органов)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография костей черепа	Да/Нет

2.19.2.2. 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.	Выполнено физикальное обследование пациента с подозрением на перелом нижней стенки глазницы, выявлены функциональные и косметические	Да/Нет

	изменения	
2.	Выполнен осмотр врачом-офтальмологом	Да/Нет
3.	Выполнен осмотр врачом-неврологом и/или врачом-нейрохирургом, и/или врачом-оториноларингологом (при жалобах на факт потери сознания, тошноту, рвоту, головокружение и/или при жалобах со стороны ЛОР-органов)	Да/Нет
4.	Выполнен осмотр врача-анестезиолога-реаниматолога (при планировании хирургического лечения)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография костей черепа	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение, в ходе которого достигнуто улучшение функциональных возможностей, внешнего вида пациента	Да/Нет

2.19.3.1. 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.	Выполнено выяснение обстоятельств получения травмы, сбор анамнеза и жалоб	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование челюстно-лицевой области	Да/Нет
3.	Выполнена оценка общего состояния пациента	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенограмма черепа в прямой и боковых проекциях, и/или компьютерная томография костей лицевого скелета	Да/Нет
5.	Выполнен осмотр врача-оториноларинголога при выявлении клинических признаков повреждения ЛОР-органов	Да/Нет
6.	Выполнен осмотр врача-офтальмолога при выявлении клинических признаков патологии органа зрения	Да/Нет
7.	Выполнено введение обезболивающих препаратов	Да/Нет
8.	Назначены назальные препараты местного действия для обеспечения дренажной функции верхне-челюстного синуса, при выявлении перелома верхней челюсти, сопровождающегося повреждением стенки верхнечелюстного синуса	Да/Нет
9.	Выполнена транспортная иммобилизация верхней челюсти	Да/Нет
10.	Выполнена иммобилизация челюстей с помощью ортопедического метода лечения (при наличии достаточного количества зубов и отсутствии признаков тяжелой черепно-мозговой травмы)	Да/Нет
11.	Выполнена оценка восстановления окклюзионных отношений после проведения ортопедического метода иммобилизации челюстей	Да/Нет
12.	Выполнено контрольное рентгенологическое обследование после проведения иммобилизации верхней челюсти ортопедическим, хирургически-ортопедическим или хирургическим методом	Да/Нет
13.	Выполнено обеспечение режима питания у пациента с переломом верхней челюсти	Да/Нет
14.	Выполнен прием челюстно-лицевого хирурга или хирурга-стоматолога	Да/Нет
	наблюдение за пациентом, в течение периода реабилитации	

2.19.3.2. 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.	Выполнено выяснение обстоятельств получения травмы, сбор анамнеза и жалоб	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование челюстно-лицевой области	Да/Нет
3.	Выполнена оценка общего состояния пациента	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенограмма черепа в прямой и боковых проекциях, и/или компьютерная томография костей лицевого скелета	Да/Нет
5.	Выполнен осмотр врача-невролога и/или осмотра врача-нейрохирурга при выявлении клинических признаков черепно-мозговой травмы	Да/Нет
6.	Выполнен осмотр врача-оториноларинголога при выявлении клинических признаков повреждения ЛОР-органов	Да/Нет
7.	Выполнен осмотр врача-офтальмолога при выявлении клинических признаков патологии органа зрения	Да/Нет
8.	Выполнено введение обезболивающих препаратов	Да/Нет
9.	Выполнена периоперационная антибиотикопрофилактика при выявлении показаний к оперативному вмешательству на верхней челюсти и при выявлении признаков воспалительных осложнений переломов верхней челюсти	Да/Нет
10.	Выполнено лечение назальными препаратами местного действия для обеспечения дренажной функции верхне-челюстного синуса, при выявлении перелома верхней челюсти, сопровождающегося повреждением стенки верхнечелюстного синуса	Да/Нет
11.	Выполнена иммобилизация челюстей с помощью ортопедического метода лечения (при наличии достаточного количества зубов и отсутствии признаков тяжелой черепно-мозговой травмы)	Да/Нет
12.	Выполнена оценка восстановления окклюзионных отношений после проведения ортопедического метода иммобилизации челюстей	Да/Нет
13.	Выполнен хирургически-ортопедический метод фиксации верхней челюсти, при наличии тяжелой черепно-мозговой травмы и выраженной подвижности отломков	Да/Нет
14.	Выполнен хирургический метод лечения (металлостеосинтез) верхней челюсти при неэффективности ортопедического метода иммобилизации	Да/Нет
15.	Выполнено контрольное рентгенологическое обследование после проведения иммобилизации верхней челюсти ортопедическим, хирургически-ортопедическим или хирургическим методом	Да/Нет
16.	Выполнено обеспечение режима питания у пациента с переломом верхней челюсти	Да/Нет

2.19.4.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при переломе скуловой кости (коды по МКБ - 10: S02.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено выяснение обстоятельств получения травмы, сбор анамнеза и жалоб	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование челюстно-лицевой области	Да/Нет
3.	Выполнена оценка общего состояния пациента	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография челюстно-лицевой области при наличии признаков перелома скуловой кости (при установлении диагноза и/или при планировании оперативного лечения)	Да/Нет
5.	Выполнен осмотр врача-невролога или врача-нейрохирурга при выявлении клинических признаков черепно-мозговой травмы	Да/Нет

6.	Выполнен осмотр оториноларинголога при выявлении клинических признаков повреждения ЛОР-органов	Да/Нет
7.	Выполнен осмотр офтальмолога при выявлении клинических признаков патологии органа зрения	Да/Нет
8.	Выполнено введение обезболивающих препаратов	Да/Нет
9.	Выполнено введение антибактериальных препаратов системного действия, при выявлении показаний к оперативному вмешательству, в связи со смещением фрагментов скуловой кости и при выявлении признаков воспалительных осложнений переломов скуловой кости	Да/Нет
10.	Назначены назальные препараты местного действия для обеспечения дренажной функции верхнечелюстного синуса, при выявлении перелома скуловой кости, сопровождающегося повреждением стенки верхнечелюстного синуса	Да/Нет
11.	Выполнен прием челюстно-лицевого хирурга или хирурга-стоматолога (не реже 1 раза в месяц в течение 3 месяцев после травмы)	Да/Нет

2.19.4.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при переломе скуловой кости (коды по МКБ - 10: S02.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено выяснение обстоятельств получения травмы, сбор анамнеза и жалоб	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование челюстно-лицевой области.	Да/Нет
3.	Выполнена оценка общего состояния пациента	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография челюстно-лицевой области при наличии признаков перелома скуловой кости (при установлении диагноза и/или при планировании оперативного лечения)	Да/Нет
5.	Выполнен осмотр врача-невролога или врача-нейрохирурга при выявлении клинических признаков черепно-мозговой травмы	Да/Нет
6.	Выполнен осмотр оториноларинголога при выявлении клинических признаков повреждения ЛОР-органов	Да/Нет
7.	Выполнен осмотр офтальмолога при выявлении клинических признаков патологии органа зрения	Да/Нет
8.	Выполнено введение антибактериальных препаратов системного действия, при выявлении показаний к оперативному вмешательству, в связи со смещением фрагментов скуловой кости и при выявлении признаков воспалительных осложнений переломов скуловой кости	Да/Нет
9.	Выполнена закрытая репозиция скуловой кости при значительных смещениях и открытая репозиция и остеосинтез при оскольчатых переломах	Да/Нет
10.	Выполнена компьютерная томография челюстно-лицевой области после проведенного оперативного вмешательства как метод контроля	Да/Нет

2.19.5.1. 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
1.	Выполнена рентгенография костей лицевого скелета (не менее трёх проекций) и/или компьютерная томография костей лицевого скелета	Да/Нет

2.	Выполнен приём (осмотр, консультация) врача-невролога первичный и/или приём (осмотр, консультация) врача-нейрохирурга (при наличии признаков черепно-мозговой травмы)	Да/Нет
3.	Выполнено удаление зуба из щели перелома (при обнажении корня зуба, при наличии различных патологических изменений и состояний в области удаляемого зуба; в случае, если зуб мешает сопоставлению отломков)	Да/Нет
4.	Выполнена репозиция и фиксация отломков нижней челюсти посредством наложения шин (ортопедический метод фиксации отломков) или/и остеосинтеза (хирургический метод фиксации отломков)	Да/Нет

2.19.5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при переломе нижней челюсти (коды по МКБ - 10: S02.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография костей лицевого скелета (не менее трёх проекций) и/или компьютерная томография костей лицевого скелета лицевой	Да/Нет
2.	Выполнен приём (осмотр, консультация) врача-невролога первичный и/или приём (осмотр, консультация) врача-нейрохирурга (при наличии признаков черепно-мозговой травмы)	Да/Нет
3.	Выполнено удаление зуба из щели перелома (при обнажении корня зуба, при наличии различных патологических изменений и состояний в области удаляемого зуба; в случае, если зуб мешает сопоставлению отломков)	Да/Нет
4.	Выполнена репозиция и фиксация отломков нижней челюсти посредством наложения шин (ортопедический метод фиксации отломков) или/и остеосинтеза (хирургический метод фиксации отломков)	Да/Нет

2.19.6.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при травме глаза закрытой (коды по МКБ - 10: H21.0, S04.0, S05.0, S05.1, S05.7, S05.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнена визометрия	Да/Нет
3.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
4.	Выполнена биомикроскопия глазного дна и/или офтальмоскопия	Да/Нет
5.	Выполнено лечение противомикробными препаратами (код АТХ S01A) и/или другими противомикробными препаратами (код АТХ S01AX) и/или кортикостероидами (код АТХ S01BA) и/или нестероидными противовоспалительными препаратами (код АТХ S01BC) и/или антибиотиками (АТХ код S01AA) широкого спектра действия и/или другими препаратами, применяемыми в офтальмологии (код АТХ S01XA) и/или диуретиками (код АТХ C03), и/или ингибиторами карбоангидразы (код АТХ S01EC) и/или ферментными препаратами (код АТХ B01AD и/или антихолинэргическими средствами (код АТХ S01FA)	Да/Нет

2.19.6.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при травме глаза закрытой (коды по МКБ - 10: H21.0, S04.0, S05.0, S05.1, S05.7, S05.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнена визометрия	Да/Нет
3.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет

4.	Выполнена биомикроскопия глазного дна и/или офтальмоскопия	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование глаза	Да/Нет
6.	Выполнено лечение противомикробными препаратами (код АТХ S01A) и/или другими противомикробными препаратами (код АТХ S01AX) и/или кортикостероидами (код АТХ S01BA) и/или нестероидными противовоспалительными препаратами (код АТХ S01BC) и/или антибиотиками (АТХ код S01AA) широкого спектра действия и/или другими препаратами, применяемыми в офтальмологии (код АТХ S01XA) и/или диуретиками (код АТХ C03), и/или ингибиторами карбоангидразы (код АТХ S01EC) и/или ферментными препаратами (код АТХ B01AD и/или антихолинергическими средствами (код АТХ S01FA)	Да/Нет
7.	Выполнено хирургическое лечение	Да/Нет

2.19.7.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при черепно-мозговой травме у детей (коды по МКБ - 10: S06)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общесоматический и неврологический осмотр с оценкой по шкале Глазго	Да/Нет

2.19.7.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при черепно-мозговой травме у детей (коды по МКБ - 10: S06)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общесоматический и неврологический осмотр с оценкой по шкале Глазго	Да/Нет
2.	Выполнено КТ головного мозга или рентгенография черепа (в двух проекциях)	Да/Нет
3.	Выполнена интубация трахеи и искусственная вентиляция легких (при состоянии по шкале Глазго 9 баллов и ниже)	Да/Нет
4.	Выполнено суточное прикроватное мониторирование жизненных функций и параметров (при состоянии по шкале Глазго 8 баллов и ниже)	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое лечение (удаление гематомы) (при сдавлении и смещении вещества мозга, деформации и сдавлении ликворных пространств и угрозе или нарастании дислокационного синдрома с развитием рефрактерной внутричерепной гипертензии)	Да/Нет
6.	Выполнены реабилитационные мероприятия (в первые 72 часа пребывания в стационаре)	Да/Нет

2.19.8.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при сотрясении головного мозга (коды по МКБ - 10: S06.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-нейрохирургом и/или врачом-неврологом с оценкой неврологического статуса, уровня сознания по шкале комы Глазго	Да/Нет

2.19.8.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при сотрясении головного мозга (коды по МКБ - 10: S06.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено компьютерная томография головного мозга или рентгенография черепа и эхоэнцефалоскопия (при наличии показаний или направлении на амбулаторное лечение)	Да/Нет

2.19.9.2. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при очаговой травме головного мозга (коды по МКБ - 10: S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено общесоматический и неврологический осмотр с оценкой по ШКТГ	Да/Нет
2.	Выполнено интубация трахеи и искусственная вентиляция легких (при состоянии по шкале Глазго 9 баллов и ниже)	Да/Нет

2.19.9.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при очаговой травме головного мозга (коды по МКБ - 10: S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено оценка компьютерной томографии головного мозга (при отсутствии - рентгенография черепа в двух проекциях)	Да/Нет
2.	Выполнено начало реабилитационных мероприятий в стационаре в первые 72 часа	Да/Нет

2.19.10.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при закрытой травме грудной клетки (коды по МКБ - 10: S20.0, S20.1, S20.2, S20.3, S20.4, S20.7, S20.8, S22.2, S22.3, S22.4, S22.5, S23.4, S25.0, S25.1, S25.2, S25.3, S25.4, S25.5, S25.7, S25.8, S25.9, S26.0, S26.8, S26.9, S27.0, S27.1, S27.2, S27.3, S27.4, S27.5, S27.6, S27.7, S27.8, S27.9, S28.0, S29.0, S29.7, S29.8, S29.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр (прием, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или осмотр (прием, консультация) врача-торакального хирурга первичный или осмотр (прием, консультация) врача-хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография легких и/или компьютерная томография органов грудной полости и/или магнитно-резонансная томография органов грудной клетки	Да/Нет
3.	Выполнено обеспечение проходимости дыхательных путей при оказании неотложной помощи	Да/Нет

2.19.10.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при закрытой травме грудной клетки (коды по МКБ - 10: S20.0, S20.1, S20.2, S20.3, S20.4, S20.7, S20.8, S22.2, S22.3, S22.4, S22.5, S23.4, S25.0, S25.1, S25.2, S25.3, S25.4, S25.5, S25.7, S25.8, S25.9, S26.0, S26.8, S26.9, S27.0, S27.1, S27.2, S27.3, S27.4, S27.5, S27.6, S27.7, S27.8, S27.9, S28.0, S29.0, S29.7, S29.8, S29.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр (прием, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или осмотр (прием, консультация) врача-торакального хирурга первичный или осмотр (прием, консультация) врача-хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография легких и/или компьютерная томография органов грудной полости и/или магнитно-резонансная томография органов грудной клетки	Да/Нет
3.	Выполнено хирургическое лечение (при переломе ребер и/или грудины с нарушением каркасности грудной клетки и парадоксальным дыханием, и/или при гемотораксе, и/или при пневмотораксе, и/или при травмах органов грудной полости, и/или при продолжающемся кровотечении)	Да/Нет
4.	Выполнена пункция и/или дренирование плевральной полости (при пневмотораксе и/или гемотораксе, сопровождающемся	Да/Нет

	декомпенсированной дыхательной недостаточностью, и/или при напряженном пневмотораксе перед переводом на искусственную вентиляцию легких)	
5.	Выполнена рациональная антибиотикопрофилактика нозокомиальной пневмонии в период стационарного лечения	Да/Нет
6.	Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами из группы M01A и/или парацетамолом и/или габапентиноиды и опиоиды немедленного высвобождения (при болевом синдроме в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено обеспечение проходимости дыхательных путей при оказании неотложной помощи	Да/Нет
8.	Выполнены дыхательные упражнения дренирующие и/или лечебная физкультура при переломе костей	Да/Нет

2.19.11.2. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе (вывихе) грудного и пояснично-крестцового отдела позвоночника (коды по МКБ - 10: M48.3, S22.0, S22.1, S23, S23.0, S23.1, S23.3, S24, S24.0, S24.1, S24.2, S32, S32.0, S32.1, S32.2, S33, S33.0, S33.1, S33.2, S33.3, S34, S34.0, S34.1, S34.2, S34.3, T91.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнено соблюдение правил иммобилизации и транспортировки	Да/Нет
3.	Выполнено исследование рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника и/или компьютерная томография позвоночника с мультипланарной и трехмерной реконструкцией, и/или магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре для оценки в динамике функций и жизнедеятельности пациента на основании шкалы реабилитационной маршрутизации (ШРМ) на всех этапах медицинской реабилитации	Да/Нет

2.19.11.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе (вывихе) грудного и пояснично-крестцового отдела позвоночника (коды по МКБ - 10: M48.3, S22.0, S22.1, S23, S23.0, S23.1, S23.3, S24, S24.0, S24.1, S24.2, S32, S32.0, S32.1, S32.2, S33, S33.0, S33.1, S33.2, S33.3, S34, S34.0, S34.1, S34.2, S34.3, T91.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника и/или компьютерная томография позвоночника с мультипланарной и трехмерной реконструкцией, и/или магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
2.	Выполнено лечение в условиях стационара врачом-травматологом-ортопедом и/или врачом-нейрохирургом с определением абсолютных и относительных показаний к проведению экстренного и планового хирургического лечения, а также выявлением противопоказаний (при экстренной госпитализации – в течение 6ч., при плановой – в течение 3	Да/Нет

	сут.)	
3.	Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с переломом позвоночника и/или услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего нейрохирургическую операцию в течение 48 часов от проведения хирургического лечения	Да/Нет
4.	Выполнена стабилизирующая операция на поврежденном отделе позвоночника в сочетании или без с декомпрессией интраканальных сосудисто-нервных образований позвоночника и/или наложение корсета при патологии поясничного отдела позвоночника, и/или наложение корсета при патологии грудного отдела позвоночника	Да/Нет
5.	Выполнена рентгенография грудного отдела позвоночника и/или рентгенография поясничного отдела позвоночника и/или спиральная компьютерная томография позвоночника и/или магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел) (для контроля после хирургического лечения)	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре для оценки в динамике функций и жизнедеятельности пациента на основании шкалы реабилитационной маршрутизации (ШРМ) на всех этапах медицинской реабилитации	Да/Нет

2.19.12.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе диафиза костей предплечья (коды по МКБ - 10: S52.2, S52.20, S52.21, S52.3, S52.30, S52.31, S52.4, S52.40, S52.41, S52.7, S59.7)

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

2.19.12.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе диафиза костей предплечья (коды по МКБ - 10: S52.2, S52.20, S52.21, S52.3, S52.30, S52.31, S52.4, S52.40, S52.41, S52.7, S59.7)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических	Да/Нет

	отделах верхней конечности	
2.	Выполнена рентгенография и/или компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) локтевой кости и лучевой кости (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение анальгетиками и/или нестероидными противовоспалительными препаратами и/или местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или репозиция отломков костей при переломах, или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или открытый остеосинтез, или закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома диафиза костей предплечья	Да/Нет
5.	Выполнена антибиотикотерапия у пациентов с открытыми переломами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при помощи антикоагулянтов и/или механических методов профилактики (при продолжительности общего наркоза и/или турникета более 90 минут и/или при наличии эпизодов ВТЭО в анамнезе)	Да/Нет

2.19.13.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе дистального отдела костей предплечья (коды по МКБ - 10: S52.5, S52.50, S52.51, S52.6, S52.60, S52.61, S52.8, S52.9, S54.0, S54.1, M89.0)

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

2.19.13.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе дистального отдела костей предплечья (коды по МКБ - 10: S52.5, S52.50, S52.51, S52.6, S52.60, S52.61, S52.8, S52.9, S54.0, S54.1, M89.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный с	Да/Нет

	оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах верхней конечности	
2.	Выполнена рентгенография и/или компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) локтевой кости и лучевой кости (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение анальгетиками и/или нестероидными противовоспалительными препаратами и/или местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или репозиция отломков костей при переломах, или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или открытый остеосинтез, или закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома дистального отдела костей предплечья	Да/Нет
5.	Выполнена однократно антибиотикопрофилактика при оперативном лечении (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при помощи антикоагулянтов и/или механических методов профилактики (при продолжительности общего наркоза и/или турникета более 90 минут и/или при наличии эпизодов ВТЭО в анамнезе)	Да/Нет

2.19.14.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе проксимального отдела костей предплечья (коды по МКБ - 10: S52.0, S52.00, S52.01, S52.1, S52.10, S52.11, S52.7, S52.70, S52.71, S53.0, T92.1)

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

2.19.14.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе проксимального отдела костей предплечья (коды по МКБ - 10: S52.0, S52.00, S52.01, S52.1, S52.10, S52.11, S52.7, S52.70, S52.71, S53.0, T92.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный с	Да/Нет

	оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах конечности	
2.	Выполнена рентгенография и/или компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) локтевой кости и лучевой кости при поступлении в стационар (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение анальгетиками и/или нестероидными противовоспалительными препаратами и/или местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено проведение антибактериальной терапии при открытых переломах (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или репозиция отломков костей при переломах, или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или открытый остеосинтез, или закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома проксимального отдела костей предплечья	Да/Нет
6.	Выполнена профилактика венозных тромбозомболических осложнений при помощи антикоагулянтов и/или механических методов профилактики (при продолжительности общего наркоза и/или турникета более 90 минут и/или при наличии эпизодов ВТЭО в анамнезе)	Да/Нет

2.19.15.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе диафиза плечевой кости (коды по МКБ - 10: S42.3)

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

2.19.15.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе диафиза плечевой кости (коды по МКБ - 10: S42.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах верхней конечности	Да/Нет

2.	Выполнена рентгенография плечевой кости и/или компьютерная томография верхней конечности (при наличии показаний)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение анальгетиками и/или нестероидными противовоспалительными препаратами и/или местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или скелетное вытяжение, или репозиция отломков костей при переломах, или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или открытый остеосинтез, или закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома диафиза большеберцовой кости	Да/Нет
5.	Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при помощи антикоагулянтов и/или механических методов профилактики (при продолжительности общего наркоза и/или турникета более 90 минут и/или при наличии эпизодов ВТЭО в анамнезе)	Да/Нет
6.	Выполнена лечебная физкультура при переломе костей	Да/Нет

2.19.16.1. 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, T01.2, T92.0)

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

2.19.16.2. 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, T01.2, T92.0)

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

2.19.17.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при переломах проксимального отдела бедренной кости (коды по МКБ - 10: S72.0, S72.1, S72.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография бедренной кости и рентгенография тазобедренного сустава	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография сустава и/или магнитно-резонансная томография костной ткани (при внутрисуставных переломах)	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое лечение не позднее 48 часов после поступления в стационар (при отсутствии острого нарушения мозгового кровообращения; пневмонии с необходимостью перевода пациента на ИВЛ; острого хирургического заболевания, требующего немедленного оперативного вмешательства; комы любой этиологии; хронической или острой гнойной инфекции в зоне предполагаемого разреза; терминальной стадии соматического заболевания, приведшего к невозможности передвижения пациента еще до перелома; выраженных когнитивных	Да/Нет

	нарушений или психического заболевания, обусловившего обездвиженность пациента еще до перелома)	
5.	Выполнена тромбопрофилактика ВТЭО	Да/Нет
6.	Выполнена антибиотикопрофилактика при проведении хирургического лечения	Да/Нет
7.	Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами из группы M01A и/или парацетамолом и/или габапентиноиды и опиоиды немедленного высвобождения (при болевом синдроме в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.19.18.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломах бедренной кости (кроме проксимального отдела бедренной кости) (коды по МКБ - 10: S72.3, S72.30, S72.31, S72.4, S72.40, S72.41, S72.7, S72.8, S72.9, T02.3, T02.5, T02.6, T93.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография бедренной кости и/или компьютерная томография кости, и/или компьютерная томография сустава, и/или магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
3.	Выполнено наложение гипсовой повязки при переломах костей или наложение иммобилизационной повязки при переломах костей	Да/Нет
4.	Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами из группы M01A и/или парацетамолом и/или габапентиноиды и опиоиды немедленного высвобождения (при болевом синдроме в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.19.18.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломах бедренной кости (кроме проксимального отдела бедренной кости) (коды по МКБ - 10: S72.3, S72.30, S72.31, S72.4, S72.40, S72.41, S72.7, S72.8, S72.9, T02.3, T02.5, T02.6, T93.1)

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

	опорно-двигательной системы	
6.	Выполнено диспансерное наблюдение (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда пациентам с переломами диафиза и дистального отдела бедренной кости до момента консолидации перелома	Да/Нет

2.19.19.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при открытой ране голени (коды по МКБ - 10: S81.7, S81.8, S81.9, T01.3, T93.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография большой берцовой и малой берцовой костей с подозрением на костно-травматические изменения и/или наличие инородных тел	Да/Нет
3.	Назначено лечение антибактериальными препаратами системного действия при осложненных ранах и/или с высоким риском инфицирования раны (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено введение антитоксина столбнячного и анатоксина столбнячного (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено введение вакцины для профилактики бешенства и иммуноглобулина антирабического при укушенных ранах (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено наложение повязки при нарушении целостности кожных покровов	Да/Нет
7.	Выполнена хирургическая обработка раны или инфицированной ткани	Да/Нет
8.	Назначено лечение анальгетиками и/или нестероидными противовоспалительными препаратами и/или местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.19.19.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при открытой ране голени (коды по МКБ - 10: S81.7, S81.8, S81.9, T01.3, T93.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография большой берцовой и малой берцовой костей с подозрением на костно-травматические изменения и/или наличие инородных тел	Да/Нет
3.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия при осложненных ранах и/или с высоким риском инфицирования раны (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено введение антитоксина столбнячного и анатоксина столбнячного (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

5.	Выполнено введение вакцины для профилактики бешенства и иммуноглобулина антирабического при укушенных ранах (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено наложение повязки при нарушении целостности кожных покровов	Да/Нет
7.	Выполнена хирургическая обработка раны или инфицированной ткани	Да/Нет
8.	Выполнено лечение анальгетиками и/или нестероидными противовоспалительными препаратами и/или местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.19.21.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при вывихе надколенника (коды по МКБ - 10: S83.0, M22.0, M22.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография коленного сустава и/или компьютерная томография сустава, и/или магнитно-резонансная томография коленного сустава (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
3.	Выполнено наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов	Да/Нет
4.	Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами из группы M01A и/или парацетамол и/или габапентиноиды и опиоиды немедленного высвобождения (при болевом синдроме в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы	Да/Нет
6.	Выполнено вправление вывиха сустава и/или артроскопическая фиксация остеохондральных переломов коленного сустава с помощью винта, и/или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, и/или миокапсулопластика при привычном вывихе надколенника, и/или артроскопическое восстановление медиального ретинакулима надколенника с помощью анкерных фиксаторов, и/или реконструкция кости. Остеотомия кости	Да/Нет

2.19.21.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при вывихе надколенника (коды по МКБ - 10: S83.0, M22.0, M22.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография коленного сустава и/или компьютерная томография сустава, и/или магнитно-резонансная томография коленного сустава (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
2.	Выполнено наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов	Да/Нет
3.	Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами из группы M01A и/или	Да/Нет

	парацетамолом и/или габапентиноиды и опиоиды немедленного высвобождения (при болевом синдроме в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
4.	Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы	Да/Нет
5.	Выполнено вправление вывиха сустава и/или артроскопическая фиксация остеохондральных переломов коленного сустава с помощью винта, и/или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, и/или миокапсулопластика при привычном вывихе надколенника, и/или артроскопическое восстановление медиального ретинакулима надколенника с помощью анкерных фиксаторов, и/или реконструкция кости. Остеотомия кости	Да/Нет

2.19.22.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при повреждении мениска коленного сустава (коды по МКБ - 10: S83.2, M23.0, M23.2, M23.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнено исследование рентгенография коленного сустава и/или магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) и/или ультразвуковое исследование коленного сустава (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
3.	Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами из группы M01A и/или парацетамолом и/или габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы	Да/Нет

2.19.22.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при повреждении мениска коленного сустава (коды по МКБ - 10: S83.2, M23.0, M23.2, M23.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование рентгенография коленного сустава и/или магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) и/или ультразвуковое исследование коленного сустава (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
2.	Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами из группы M01A и/или парацетамолом и/или габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнена артроскопическая менискэктомия коленного сустава или артроскопический шов мениска при наличии острой или стойкой блокады коленного сустава, затрудняющей нормальное передвижение пациента и выполнение им профессиональной (спортивной) деятельности для устранения блокады и болевого синдрома, в случае неэффективности консервативного лечения в течение 6 недель	Да/Нет

2.19.23.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при повреждении хряща коленного сустава (коды по МКБ - 10: S83.3, M23.4, M94.2, M94.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнено исследование рентгенография коленного сустава и/или магнитно-резонансная томография суставов (один сустав), и/или ультразвуковое исследование сустава, и/или компьютерная томография сустава (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
3.	Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами из группы M01A и/или парацетамолом и/или габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы	Да/Нет

2.19.23.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при повреждении хряща коленного сустава (коды по МКБ - 10: S83.3, M23.4, M94.2, M94.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование рентгенография коленного сустава и/или магнитно-резонансная томография суставов (один сустав), и/или ультразвуковое исследование сустава, и/или компьютерная томография сустава (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
2.	Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами из группы M01A и/или парацетамолом и/или габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы	Да/Нет
4.	Выполнена артроскопия диагностическая и/или артроскопическая мозаичная хондропластика коленного сустава при лечении глубоких локальных повреждений хряща коленного сустава с целью замещения участка поражённой суставной поверхности, локализующейся в области концентрации нагрузок	Да/Нет

2.19.24.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при повреждении связок коленного сустава (коды по МКБ - 10: S83.4, S83.5, S83.6, S83.7, M23.5, M23.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография коленного сустава и/или магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) (при отсутствии	Да/Нет

	выполнения на предыдущем этапе)	
3.	Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами из группы M01A и/или парацетамол и/или габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы	Да/Нет

2.19.24.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при повреждении связок коленного сустава (коды по МКБ - 10: S83.4, S83.5, S83.6, S83.7, M23.5, M23.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография коленного сустава и/или магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
2.	Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами из группы M01A и/или парацетамол и/или габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнена артроскопическая пластика передней и/или задней крестообразной связки коленного сустава и/или консервативное лечение при наличии у пациента стойких противопоказаний к хирургическому лечению (множественные сопутствующие заболевания, возраст пациента старше 60 лет, деформирующий артроз 3-4 ст., дегенеративные повреждения передней крестообразной связки, не имеющие выраженной симптоматики, а также не мешающие образу жизни или деятельности пациента)	Да/Нет
4.	Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы (после проведенного хирургического лечения)	Да/Нет

2.19.25.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при переломах пяточной кости (коды по МКБ - 10: S92.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография пяточной кости и/или компьютерная томография кости	Да/Нет
3.	Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или наложение гипсовой повязки при переломах костей	Да/Нет
4.	Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами из группы M01A и/или парацетамол и/или габапентиноиды и опиоиды немедленного высвобождения (при болевом синдроме в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена лечебная физкультура при переломе костей	Да/Нет

2.19.25.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при переломах пяточной кости (коды по МКБ - 10: S92.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография пяточной кости и/или компьютерная томография кости	Да/Нет
3.	Выполнена послеоперационная (контрольная) рентгенография стопы	Да/Нет
4.	Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или наложение гипсовой повязки при переломах костей	Да/Нет
5.	Выполнено закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией и/или наложение наружных фиксирующих устройств или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией (при наличии смещения костных отломков)	Да/Нет
6.	Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами из группы M01A и/или парацетамолом и/или габапентиноиды и опиоиды немедленного высвобождения (при болевом синдроме в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнена периоперационная антибиотикопрофилактика в течении 24 часов всем пациентам с переломом пяточной кости, которым проводилось оперативное лечение	Да/Нет
8.	Выполнена лечебная физкультура при переломе костей	Да/Нет
9.	Выполнено диспансерное наблюдение врачом-травматологом-ортопедом в сроки 1, 2, 6, 12 месяцев с момента получения травмы либо выполнения оперативного вмешательства	Да/Нет

2.19.25.1. 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 сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнена визометрия	Да/Нет
3.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
4.	Выполнена флюоресцеиновая проба	Да/Нет
5.	Назначено лечение: противомикробных препаратов (код АТХ S01A) и/или прочих противомикробных препаратов (код АТХ S01AX) и/или кортикостероидов (код АТХ S01BA) и/или антибиотиков (АТХ код S01AA) широкого спектра действия и/или других препаратов, применяемых в офтальмологии (код АТХ S01XA) и/или введение подкожно антитоксина столбнячного в дозе 3000 ME	Да/Нет
6.	Выполнено удаление инородного тела роговицы	Да/Нет

2.19.25.2. 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 сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнена визометрия	Да/Нет
3.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет

4.	Выполнена флюоресцеиновая проба	Да/Нет
5.	Выполнено лечение: противомикробных препаратов (код АТХ S01A) и/или прочих противомикробных препаратов (код АТХ S01AX) и/или кортикостероидов (код АТХ S01BA) и/или антибиотиков (АТХ код S01AA) широкого спектра действия и/или других препаратов, применяемых в офтальмологии (код АТХ S01XA) и/или введение подкожно антитоксина столбнячного в дозе 3000 МЕ	Да/Нет
6.	Выполнено удаление инородного тела роговицы	Да/Нет

2.19.26.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при инородном теле в пищеварительном тракте (коды по МКБ - 10: T18)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга (врача-детского хирурга)	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	Да/Нет
3.	Выполнена рентгенография мягких тканей шеи в двух проекциях при инородном теле в пищеводе.	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и органов брюшной полости	Да/Нет

2.19.26.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при инородном теле в пищеварительном тракте (коды по МКБ - 10: T18)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга (врача-детского хирурга)	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография мягких тканей шеи в двух проекциях при инородном теле в пищеводе.	Да/Нет
3.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и органов брюшной полости	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография и/или рентгеноскопия глотки и пищевода с контрастированием водорастворимым рентгено-контрастным средством при перфорации пищевода	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография органов грудной полости и /или органов брюшной полости при перфорации или другом осложнении, вызванном инородным телом, требующем хирургического вмешательства.	Да/Нет
6.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия при отрицательных данных рентгенологического исследования	Да/Нет
7.	Выполнена эндоскопическое вмешательство в экстренной форме с удалением инородного тела пищевода, в случае острых инородных тел, батареек, полной обструкции пищевода вклиненным пищевым комком.	Да/Нет
8.	Выполнено эндоскопическое вмешательство в неотложной форме с удалением инородного тела из пищевода, не вызвавшего его полную обструкцию, и/или из желудка, и/ или из проксимальной части двенадцатиперстной кишки	Да/Нет
9.	Выполнено хирургическое вмешательство в случаях, когда инородное тело не удалось и/или невозможно извлечь эндоскопическим путём, и при осложнениях, вызванных инородным телом.	Да/Нет

2.19.27.1. 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, T95)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения

1.	Выполнено обезболивание анальгетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено 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, и/или синтетических или биологических повязок (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.19.27.2. 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, T95)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено обезболивание анальгетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнена хирургическая обработка раны или инфицированной ткани не позднее 24 часов (при ожоговых ранах)	Да/Нет
3.	Выполнено 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, и/или синтетических или биологических повязок (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня общего гемоглобина в крови в динамике после травмы при ожоговом шоке	Да/Нет
5.	Выполнено у пациента с обширным ожогом и/или тяжелой ингаляционной травмой при ожоговом шоке мониторирование жизненных функций и параметров	Да/Нет
6.	Выполнен расчет объема инфузионной терапии на первые 24 часа после травмы и экстренно начато ее проведение (при ожоговом шоке)	Да/Нет
7.	Выполнена бронхоскопия не позднее 24 часов от момента поступления в стационар (при ингаляционной травме)	Да/Нет
8.	Выполнено ингаляторное введение лекарственных препаратов через небулайзер (при ингаляционной травме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено лечение ингибиторами протонного насоса или блокаторами H ₂ -гистаминовых рецепторов у пациентов с ожогами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнена 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

2.19.28.1. 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.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнена визометрия	Да/Нет
3.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
4.	Выполнена флюоресцеиновая инстилляционная проба	Да/Нет
5.	Выполнено лечение Кортикостероидами (код ATX S01BA) и/или	Да/Нет

	противомикробными препаратами (код АТХ S01A) и/или другими препаратами, применяемыми в офтальмологии (код АТХ S01XA) и/или антихолинэргическими средствами (код АТХ S01FA) и/или ферментными препаратами (код АТХ B01AD)	

2.19.28.2. 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.	Выполнен сбор жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнена визометрия	Да/Нет
3.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
4.	Выполнена флюоресцеиновая инстилляционная проба	Да/Нет
5.	Выполнено лечение Кортикостероидами (код АТХ S01BA) и/или противомикробными препаратами (код АТХ S01A) и/или другими препаратами, применяемыми в офтальмологии (код АТХ S01XA) и/или антихолинэргическими средствами (код АТХ S01FA) и/или ферментными препаратами (код АТХ B01AD)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение	Да/Нет

2.19.29.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при химическом ожоге пищевода (коды по МКБ - 10: T28.5, T28.6, T28.7)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий анализ крови (клинический анализ крови развернутый), общий (клинический) анализ мочи, биохимический анализ крови	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня свободного гемоглобина в плазме крови и	Да/Нет
3.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия	Да/Нет
4.	Выполнена обзорная рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
5.	Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости	Да/Нет
6.	Выполнено рентгеноконтрастное исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки	Да/Нет
7.	Выполнена комплексная терапия отравления веществами прижигающего действия, включающая удаление токсиканта из ЖКТ, местное лечение и	Да/Нет
8.	Выполнено хирургическое вмешательство в экстренной форме при клинических и рентгенологических признаках перфорации пищевода и/или	Да/Нет
9.	Выполнено бужирование пищевода при формировании рубцовой стриктуры	Да/Нет

2.19.30.1. 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, T95)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено наложение на пострадавшие сегменты теплоизолирующих повязок в дореактивный период (при отморожении, независимо от предполагаемой степени (глубины) поражения)	Да/Нет
2.	Выполнено наложение повязки при нарушении целостности кожных покровов (после первичной хирургической обработки раны или туалета раны при отморожениях II-IV степени)	Да/Нет
3.	Выполнено согревание пострадавшего с общим переохлаждением (если не было проведено ранее)	

2.19.30.2. 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, T95)

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

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	Да/Нет
3.	Выполнено определение основных групп по системе АВ0, определение антигена D системы Резус (резус-фактор), определение HLA- антигенов и проба на совместимость по иммунным антителам реципиента и антигенам главного комплекса гистосовместимости донора и определение содержания антител к антигенам главного комплекса гистосовместимости в сыворотке крови	Да/Нет
4.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование крови на вирус гепатита В (Hepatitis B virus) в крови и определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, определение антител вирус гепатита С (Hepatitis C virus) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1), определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови, определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови	Да/Нет
5.	Выполнено исследование коагулограммы (ориентировочное исследование системы гемостаза): исследование уровня фибриногена в крови, определение активности антитромбина-III в крови, исследование уровня плазминогена в крови, определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме, активированного частичного тромбопластинового времени	Да/Нет
6.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
7.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет

8.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия	
9.	Выполнено лечение противогрибковыми препаратами системного действия	Да/Нет
10.	Выполнено лечение антикоагулянтном прямого действия	Да/Нет
11.	Выполнено лечение такролимусом или микофенолата мофетилем/микофеноловой кислотой и преднизолоном или метилпреднизолоном и базиликсимабом или иммуноглобулином антитимоцитарным	Да/Нет
12.	Выполнено лечение валганцикловиром	Да/Нет
13.	Выполнен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-хирурга	Да/Нет

2.19.32.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при лечении острой травмы зубов у пациентов детского возраста (коды по МКБ - 10: S02.5, S03.2)

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

2.19.32.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при лечении острой травмы зубов у пациентов детского возраста (коды по МКБ - 10: S02.5, S03.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр полости рта и зубов	Да/Нет
3.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
4.	Выполнен рентгенологический метод исследования в области травмированных зубов для дифференциальной диагностики между различными видами травматических поражений, а также оценки целостности твердых тканей зубов и челюстей	Да/Нет

2.19.33.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при ранах мягких тканей челюстно-лицевой области (коды по МКБ - 10: S00.1, S00.2, S00.5, S01.1, S01.4, S01.5, S01.7, S01.8, S03.4, S08.1)

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

2.19.33.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при ранах мягких тканей челюстно-лицевой области (коды по МКБ - 10: S00.1, S00.2, S00.5, S01.1, S01.4, S01.5, S01.7, S01.8, S03.4, S08.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения

1.	Выполнено установление механизма, даты и времени травмы	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование	Да/Нет
3.	Выполнен осмотр врача-нейрохирурга и/или врача-невролога, врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога после выполнения МСКТ при подозрении на ЧМТ при наличии медицинских показаний	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга/врача-детского хирурга при подозрении на повреждения внутренних органов	Да/Нет
5.	Выполнена хирургическая обработка ран с учетом функциональных и эстетических требований, которые предусмотрены при реконструктивных операциях на лице	Да/Нет
6.	Выполнена некрэктомия в минимальном объеме	Да/Нет
7.	Выполнено послойное сшивание кожи и подкожной клетчатки, восстановление мышц и сухожилий лица	Да/Нет
8.	Выполнена ПХО ран челюстно-лицевой области, сочетающихся с их изъязном, с применением методов первичной пластики	Да/Нет
9.	Выполнено наложение глухого шва при обработке ран мягких тканей лица сразу при ПХО раны	Да/Нет
10.	Выполнено разобщение сквозной раны с полостью рта путем наложения шва на слизистую оболочку рта	Да/Нет
11.	Выполнена периоперационная антибиотикопрофилактика	Да/Нет
12.	Выполнено введение антитоксина столбнячного и анатоксина столбнячного (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Выполнено введение вакцины для профилактики бешенства и иммуноглобулина антирабического при укушенных ранах (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.19.34.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при переломе нижней челюсти (коды по МКБ - 10: S02.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка состояния пациента, собраны жалобы и анамнез	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр челюстно-лицевой области	Да/Нет
3.	Выполнена рентгенография всего черепа не менее чем в 2 проекциях и/или компьютерная томография лицевого отдела черепа	Да/Нет
4.	Выполнена консультация врача-невролога или консультация врача-нейрохирурга при выявлении клинических признаков черепно-мозговой травмы	Да/Нет
5.	Выполнена стабильная фиксация отломков челюсти ортопедическим и/или хирургическим методами иммобилизации	Да/Нет
6.	Выполнено сопоставления отломков челюсти до первоначальной формы кости	Да/Нет
7.	Выполнена контрольная рентгенография всего черепа не менее чем в 2 проекциях и/или компьютерная томография лицевого отдела черепа	Да/Нет

2.19.34.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при переломе нижней челюсти (коды по МКБ - 10: S02.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения

1.	Выполнена оценка состояния пациента, собраны жалобы и анамнез	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр челюстно-лицевой области	Да/Нет
3.	Выполнена рентгенография всего черепа не менее чем в 2 проекциях и/или компьютерная томография лицевого отдела черепа	Да/Нет
4.	Выполнена консультация врача-невролога или консультация врача-нейрохирурга при выявлении клинических признаков черепно-мозговой травмы	Да/Нет
5.	Выполнена стабильная фиксация отломков челюсти ортопедическим и/или хирургическим методами иммобилизации	Да/Нет
6.	Выполнено сопоставление отломков челюсти до первоначальной формы кости	Да/Нет
7.	Выполнена контрольная рентгенография всего черепа не менее чем в 2 проекциях и/или компьютерная томография лицевого отдела черепа	Да/Нет

2.19.35.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при переломе верхней челюсти и скуловой кости (коды по МКБ - 10: S02.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено выяснение обстоятельств получения травмы, сбор анамнеза и жалоб	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование челюстно-лицевой области	Да/Нет
3.	Выполнена рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях, аксиальной или полуаксиальной проекциях или компьютерная томография лицевого отдела черепа	Да/Нет
4.	Выполнена консультация врача-невролога (врача-нейрохирурга), при выявлении клинически признаков черепно-мозговой травмы	Да/Нет
5.	Выполнена консультация врача-оториноларинголога, при выявлении клинически признаков патологии ЛОР органов	Да/Нет
6.	Выполнена консультация врача-офтальмолога при выявлении клинически признаков патологии органа зрения	Да/Нет
7.	Выполнена стабильная фиксация отломков челюсти ортопедическим и/или хирургическим методами иммобилизации	Да/Нет
8.	Выполнена рентгенография всего черепа, в одной или более (со стороны повреждения) проекции черепа, аксиальной или полуаксиальной проекциях или компьютерная томография лицевого отдела черепа (после оперативного лечения перед выпиской)	Да/Нет

2.19.35.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при переломе верхней челюсти и скуловой кости (коды по МКБ - 10: S02.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено выяснение обстоятельств получения травмы, сбор анамнеза и жалоб	Да/Нет
2.	Выполнено физикальное обследование челюстно-лицевой области	Да/Нет
3.	Выполнена рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях, аксиальной или полуаксиальной проекциях или компьютерная томография лицевого отдела черепа	Да/Нет
4.	Выполнена консультация врача-невролога (врача-нейрохирурга), при выявлении клинически признаков черепно-мозговой травмы	Да/Нет
5.	Выполнена консультация врача-оториноларинголога, при выявлении	Да/Нет

	клинически признаков патологии ЛОР органов	
6.	Выполнена консультация врача-офтальмолога при выявлении клинически признаков патологии органа зрения	Да/Нет
7.	Выполнена стабильная фиксация отломков челюсти ортопедическим и/или хирургическим методами иммобилизации	Да/Нет
8.	Выполнена рентгенография всего черепа, в одной или более (со стороны повреждения) проекции черепа, аксиальной или полуаксиальной проекциях или компьютерная томография лицевого отдела черепа (после оперативного лечения перед выпиской)	Да/Нет

2.19.36.1. 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 прекращение поступления аллергена в организм всех пациентов с анафилаксией/АШ	Да/Нет
2.	Выполнено незамедлительное введение эпинефрина всем пациентам с анафилаксией/АШ в/м из расчета 0.01 мг/кг; максимальная разовая доза для взрослого пациента составляет 0.5 мг, для ребенка – 6-12 лет – 0.3 мг, до 6 лет – 0.15 мг.	Да/Нет
3.	Выполнен вызов реанимационной бригады или скорой медицинской помощи всем пациентам с анафилаксией/АШ	Да/Нет
4.	Выполнено мониторирование пульса, АД, частоты дыхательных движений всем пациентам с анафилаксией/АШ	Да/Нет
5.	Выполнено введение повторной дозы эпинефрина в/м не менее чем через 5 минут после предыдущей при отсутствии ответа на первую дозу у пациента с анафилаксией/АШ	Да/Нет
6.	Выполнено в/в введение эпинефрина пациенту с анафилаксией/АШ при недостаточном ответе на 2 и более дозы эпинефрина только при мониторировании сердечной деятельности	Да/Нет
7.	Выполнено введение кортикостероидов для системного использования всем пациентам с анафилаксией/АШ	Да/Нет
8.	Выполнена госпитализация в отделение реанимации на срок не менее 24 ч	Да/Нет
9.	Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте.	Да/Нет

2.19.36.2. 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.	Выполнено прекращение поступления аллергена в организм всех пациентов с анафилаксией/АШ	Да/Нет
2.	Выполнено незамедлительное введение эпинефрина всем пациентам с анафилаксией/АШ в/м из расчета 0.01 мг/кг; максимальная разовая доза для взрослого пациента составляет 0.5 мг, для ребенка – 6-12 лет – 0.3 мг, до 6 лет – 0.15 мг.	Да/Нет
3.	Выполнено мониторирование пульса, АД, частоты дыхательных движений всем пациентам с анафилаксией/АШ	Да/Нет
4.	Выполнено введение повторной дозы эпинефрина в/м не менее чем через 5 минут после предыдущей при отсутствии ответа на первую дозу у пациента с анафилаксией/АШ	Да/Нет
5.	Выполнено в/в введение эпинефрина пациенту с анафилаксией/АШ при	Да/Нет

	недостаточном ответе на 2 и более дозы эпинефрина только при мониторинговании сердечной деятельности	
6.	Выполнено введение кортикостероидов для системного использования всем пациентам с анафилаксией/АШ	Да/Нет
7.	Выполнена госпитализация в отделение реанимации на срок не менее 24 ч	Да/Нет
8.	Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте.	Да/Нет

2.19.37.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при вывихе шейного позвонка (коды по МКБ - 10: S10.8, S12.0, S12.1, S12.2, S12.7, S13.0, S13.1, S13.3, S13.4, S14.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено наложение жесткого головодержателя	Да/Нет

2.19.37.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при вывихе шейного позвонка (коды по МКБ - 10: S10.8, S12.0, S12.1, S12.2, S12.7, S13.0, S13.1, S13.3, S13.4, S14.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена госпитализация в профильное отделение	Да/Нет
2.	Выполнено оценка неврологического статуса с оценкой по шкале ASIA/ISCSI	Да/Нет
3.	Выполнено компьютерная томография шейного отдела позвоночника (при отсутствии – рентгенография шейного отдела позвоночника в трех проекциях)	Да/Нет
4.	Выполнено назначение антитромботических средств пострадавшим с острым неврологическим дефицитом	Да/Нет
5.	Выполнено контрольное исследование после хирургического лечения (рентгенография или КТ или МРТ)	Да/Нет
6.	Выполнены мероприятия медицинской реабилитации не позднее 48 часов от проведения хирургического вмешательства	Да/Нет

2.19.38.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при травме уха (коды по МКБ - 10: S00.4, S01.3, S09.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача оториноларинголога или врача общей практики (семейный врач) или врача-педиатра участкового первичный	Да/Нет
2.	Выполнена отоскопия	Да/Нет
3.	Выполнено направление на госпитализацию (пациентов с осложненными формами травмы уха)	Да/Нет

2.19.38.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при травме уха (коды по МКБ - 10: S00.4, S01.3, S09.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена отоскопия	Да/Нет
2.	Выполнено лечение в условиях стационара врачом- оториноларингологом	Да/Нет
3.	Выполнено лечение антибактериальными препаратами системного действия (пациентам с поверхностной травмой уха при наличии инфицированной раны, а также поверхностной травмой уха, осложненной перихондритом ушной раковины)	Да/Нет

	(при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	
4.	Выполнена хирургическая обработка раны уха	Да/Нет

2.19.39.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при травме гортани (коды по МКБ - 10: S10.0, S10.1, S11.0, R04.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача оториноларинголога первичный	Да/Нет

2.19.39.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при травме гортани (коды по МКБ - 10: S10.0, S10.1, S11.0, R04.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача оториноларинголога первичный	Да/Нет
2.	Выполнено лечение в условиях стационара врачом- оториноларингологом	Да/Нет
3.	Выполнено лечение эместатическими средствами (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний) и/или хирургическое лечение (при наличии признаков наружного кровотечения или кровотечения из горла)	Да/Нет
4.	Выполнена хирургическая обработка раны	Да/Нет

2.19.40.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при травме носа (коды по МКБ - 10: S00.3, S01.2, S02.2, S02.20, S02.21)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено прием (осмотр, консультация) врачом оториноларингологом первичный	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография костей лицевого скелета и/или компьютерная томография костей лицевого отдела черепа (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение компьютерной томографии костей лицевого отдела черепа) (пациентам старше 3 лет)	Да/Нет
3.	Выполнена хирургическая обработка открытой раны носа	Да/Нет
4.	Выполнена репозиция костей носа (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение репозиции костей носа) (при деформации наружного носа)	Да/Нет

2.19.40.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при травме носа (коды по МКБ - 10: S00.3, S01.2, S02.2, S02.20, S02.21)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено прием (осмотр, консультация) врачом оториноларингологом первичный	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография костей лицевого скелета и/или компьютерная томография костей лицевого отдела черепа (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение компьютерной томографии костей лицевого отдела черепа) (пациентам старше 3 лет)	Да/Нет
3.	Выполнена хирургическая обработка открытой раны носа	Да/Нет
4.	Выполнена репозиция костей носа (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение репозиции костей носа) (при деформации наружного носа)	Да/Нет

2.19.41.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при множественных переломах мозгового и лицевого отделов черепа (коды по МКБ - 10: S02.0, S02.1, S02.4, S02.6, S02.7, S02.70, S02.71, S02.8, S02.80, S02.81, S02.9, S02.90, S02.91, S07)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена первичная хирургическая обработки ран	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография мозгового и лицевого отделов черепа	Да/Нет
3.	Выполнена периоперационная антибиотикопрофилактика инфекционных осложнений в области хирургического вмешательства	Да/Нет
4.	Выполнена срочная интубация трахеи или установлен S-образный воздуховод при кровотечении и наличии переломов основания и лицевого отдела черепа с угрозой аспирации	Да/Нет
5.	Выполнена антибиотикотерапия (больным с загрязнением раны инородными телами, пластикой вдавленного перелома протезом, нагноившимися ранами головы)	Да/Нет
6.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-нейрохирурга первичный и/или врача-челюстно-лицевого хирурга первичный, и/или врача-анестезиолога-реаниматолога первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	Да/Нет
7.	Выполнены общий (клинический) анализ крови, общий (клинический) анализ мочи, анализ крови биохимический	Да/Нет
8.	Выполнена спинномозговая пункция с общим (клиническим) анализом спинномозговой жидкости при подозрении на развивающиеся интракраниальные гнойно-воспалительные осложнения	Да/Нет

2.19.41.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при воздействии вибрации (вибрационной болезни) (коды по МКБ - 10: T75.2, I73.0, G62.8, G56.0, M77.2, M19.2, M54.1, Z57.7)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врача-профпатолога	Да/Нет
2.	Выполнен анализ медицинской документации (копии трудовой книжки, санитарно-гигиенической характеристики условий труда, данных обязательных медицинских осмотров и выписки из карты амбулаторного пациента)	Да/Нет
3.	Выполнена термометрия дистальных фаланг пальцев и тыла кистей (при воздействии локальной и/или общей вибрации) и стоп (при воздействии общей вибрации)	Да/Нет
4.	Выполнена паллестезиометрия	Да/Нет
5.	Назначено лечение витаминами группы В при полинейропатии конечностей	Да/Нет
6.	Назначено лечение периферическими вазодилататорами при периферическом ангиодистоническом синдроме	Да/Нет
7.	Выполнена немедикаментозная терапия лицам с ранними признаками воздействия вибрации	Да/Нет

2.19.42.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при воздействии вибрации (вибрационной болезни) (коды по МКБ - 10: T75.2, I73.0, G62.8, G56.0, M77.2, M19.2, M54.1, Z57.7)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ медицинской документации (копии трудовой книжки, санитарно-гигиенической характеристики условий труда, данных обязательных медицинских осмотров и выписки из карты амбулаторного пациента)	Да/Нет
2.	Выполнена термометрия дистальных фаланг пальцев и тыла кистей (при воздействии локальной и/или общей вибрации) и стоп (при воздействии общей вибрации)	Да/Нет
3.	Выполнена паллестезиометрия	Да/Нет
4.	Выполнена холодовая проба (при отсутствии противопоказаний: холодовая аллергия (холодовая крапивница), сердечно-сосудистая патология (инфаркт миокарда в анамнезе; ИБС, атеросклероз сосудов различной локализации с НК и др.), плохая переносимость ХП ранее (выраженный БС, приступ головной боли, боли в области сердца и др.)	Да/Нет
5.	Выполнена реовазография и/или лазерная доплеровская флоуметрия периферических сосудов верхних конечностей (при воздействии локальной и/или общей вибрации) и нижних конечностей (при воздействии общей вибрации)	Да/Нет
6.	Выполнена электронейромиография стимуляционная нервов конечностей	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография лучезапястных и/или локтевых суставов при воздействии локальной вибрации и при клинических проявлениях артроза соответствующей локализации	Да/Нет
8.	Выполнена рентгенография или компьютерная томография или магнитно-резонансная томография поясничного-крестцового отдела позвоночника при воздействии общей вибрации и клинических проявлениях пояснично-крестцовой радикулопатии	Да/Нет
9.	Выполнено лечение витаминами группы В при полинейропатии конечностей	Да/Нет
10.	Выполнено лечение периферическими вазодилататорами при периферическом ангиодистоническом синдроме	Да/Нет

2.19.43.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при закрытых повреждениях мягких тканей конечностей (коды по МКБ - 10: S40.0, S46.7, S46.8, S46.9, S50.0, S50.1, S56.7, S56.8, S60.0, S60.1, S60.2, S66.6, S66.7, S66.8, S66.9, S70.0, S70.1, S73.1, S76.1, S76.3, S76.4, S76.7, S79.7, S79.8, S80.0, S80.1, S80.7, S80.8, S80.9, S86.0, S86.1, S86.2, S86.3, S86.7, S86.8, S86.9, S90.0, S90.1, S90.2, S90.3, S93.2, S93.4, S93.6, S96.1, S96.7, S96.9, T06.4, T11.5, T13.5, T14.6, T93.3, T93.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование поврежденной мышцы (ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая зона) при признаках её разрыва	Да/Нет
3.	Выполнено наложение иммобилизационной повязки пациентам с ушибом мягких тканей, повреждением мышц или сухожилий с целью защиты анатомических структур	Да/Нет
4.	Выполнена эластическая компрессия поврежденного сегмента при ушибе области сустава и/или растяжении связок сустава	Да/Нет
5.	Назначено лечение анальгетиками и/или нестероидными	Да/Нет

	противовоспалительными препаратами и/или местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
6.	Выполнена лечебная физкультура пациентам с ушибом мягких тканей, повреждением мышц или сухожилий	Да/Нет

2.19.43.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при закрытых повреждениях мягких тканей конечностей (коды по МКБ - 10: S40.0, S46.7, S46.8, S46.9, S50.0, S50.1, S56.7, S56.8, S60.0, S60.1, S60.2, S66.6, S66.7, S66.8, S66.9, S70.0, S70.1, S73.1, S76.1, S76.3, S76.4, S76.7, S79.7, S79.8, S80.0, S80.1, S80.7, S80.8, S80.9, S86.0, S86.1, S86.2, S86.3, S86.7, S86.8, S86.9, S90.0, S90.1, S90.2, S90.3, S93.2, S93.4, S93.6, S96.1, S96.7, S96.9, T06.4, T11.5, T13.5, T14.6, T93.3, T93.5)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование поврежденной мышцы (ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая зона) при признаках её разрыва	Да/Нет
3.	Выполнено наложение иммобилизационной повязки пациентам с ушибом мягких тканей, повреждением мышц или сухожилий с целью защиты анатомических структур	Да/Нет
4.	Выполнена эластическая компрессия поврежденного сегмента при ушибе области сустава и/или растяжении связок сустава	Да/Нет
5.	Выполнено восстановление анатомической целостности, шов поврежденной мышцы (восстановление мышцы и сухожилия) пациенту с повреждением более 50% поперечного сечения мышцы	Да/Нет
6.	Выполнено лечение анальгетиками и/или нестероидными противовоспалительными препаратами и/или местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнена лечебная физкультура пациентам с ушибом мягких тканей, повреждением мышц или сухожилий	Да/Нет

2.19.44.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при инфекциях, ассоциированных с ортопедическими имплантатами (коды по МКБ - 10: T84.5, T84.6, T84.7, Z96.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование скорости оседания эритроцитов	Да/Нет
4.	Выполнена пункция гнойного очага и/или пункция синовиальной сумки сустава и/или пункция синовиальной сумки сустава под контролем ультразвукового исследования и/или пункция мягких тканей и/или пункция мягких тканей под контролем ультразвукового исследования	Да/Нет
5.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы полученной при пункции синовиальной жидкости/раневого (гнойного) отделяемого	Да/Нет

2.19.44.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при инфекциях, ассоциированных с ортопедическими имплантатами (коды по МКБ - 10: T84.5, T84.6, T84.7, Z96.6)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
2.	Выполнено исследование скорости оседания эритроцитов	Да/Нет
3.	Выполнена пункция гнойного очага и/или пункция синовиальной сумки сустава и/или пункция синовиальной сумки сустава под контролем ультразвукового исследования и/или пункция мягких тканей и/или пункция мягких тканей под контролем ультразвукового исследования	Да/Нет
4.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы полученной при пункции синовиальной жидкости/раневого (гнойного) отделяемого	Да/Нет
5.	Выполнен забор во время операции не менее трех образцов перипротезных тканей для микробиологического (культурального) исследования на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	Да/Нет
6.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала	Да/Нет
7.	Выполнена стартовая антибактериальная терапия широкого спектра со дня операции, в случае отсутствия признаков генерализации инфекционного процесса	Да/Нет
8.	Выполнена коррекция антибактериальной терапии после получения результатов микробиологического (культурального) исследования костной ткани на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и, если применимо, удаленного имплантата	Да/Нет
9.	Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными препаратами и/или парацетамолом и/или опиоидными анальгетиками для купирования послеоперационного болевого синдрома	Да/Нет
10.	Выполнен переход с парентеральных на пероральные лекарственные формы антибактериальных препаратов системного действия	Да/Нет
11.	Выполнено удаление инфицированного эндопротеза в ходе одно- или двухэтапного ревизионного эндопротезирования пациентам с хронической перипротезной инфекцией	Да/Нет
12.	Выполнено обучение пациента дренирующим дыхательным упражнениям	Да/Нет

2.19.45.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе костей стопы (кроме переломов пяточной кости) (коды по МКБ - 10: S92, S92.1, S92.10, S92.11, S92.2, S92.20, S92.21, S92.3, S92.30, S92.31, S92.4, S92.40, S92.41, S92.5, S92.50, S92.51, S92.7, S92.70, S92.71, S92.9, S92.90, S92.91, S93.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография голеностопного сустава и/или стопы в одной проекции/двух проекциях и/или компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография нижней конечности (голеностопного сустава и/или стопы) у пациентов, для которых недостаточно информации о характере перелома по данным рентгенографии голеностопного сустава и/или стопы в	Да/Нет

	одной проекции/двух проекциях	
3.	Назначено лечение анальгетиками и/или нестероидными противовоспалительными препаратами и/или местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или наложение гипсовой повязки при переломах костей	Да/Нет
5.	Назначена антибактериальная терапия при открытом переломе костей стопы сроком до 72 ч после закрытия раны (при условии отсутствия показаний для продолжения антибактериальной терапии)	Да/Нет
6.	Выполнена медицинская реабилитация у пациентов, получающих лечение по поводу перелома кости или костей стопы (услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего травму опорно-двигательной системы)	Да/Нет

2.19.45.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе костей стопы (кроме переломов пяточной кости) (коды по МКБ - 10: S92, S92.1, S92.10, S92.11, S92.2, S92.20, S92.21, S92.3, S92.30, S92.31, S92.4, S92.40, S92.41, S92.5, S92.50, S92.51, S92.7, S92.70, S92.71, S92.9, S92.90, S92.91, S93.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография голеностопного сустава и/или стопы в одной проекции/двух проекциях и/или компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография нижней конечности (голеностопного сустава и/или стопы) у пациентов, для которых недостаточно информации о характере перелома по данным рентгенографии голеностопного сустава и/или стопы в одной проекции/двух проекциях	Да/Нет
3.	Выполнено лечение анальгетиками и/или нестероидными противовоспалительными препаратами и/или местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена послеоперационная рентгенография голеностопного сустава и/или стопы в одной проекции/двух проекциях	Да/Нет
5.	Выполнена хирургическая антибиотикопрофилактика перед оперативным вмешательством по поводу закрытых переломов костей стопы (при применении любых имплантатов)	Да/Нет
6.	Выполнена антибактериальная терапия при открытом переломе костей стопы сроком до 72 ч после закрытия раны (при условии отсутствия показаний для продолжения антибактериальной терапии)	Да/Нет
7.	Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или репозиция отломков костей при переломах, или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или открытый остеосинтез, или закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома костей стопы	Да/Нет
8.	Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при помощи антикоагулянтов и/или механических методов профилактики (при продолжительности общего наркоза и/или турникета более 90 минут и/или при наличии эпизодов ВТЭО в анамнезе)	Да/Нет

9.	Выполнена медицинская реабилитация у пациентов, получающих лечение по поводу перелома кости или костей стопы (услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего травму опорно-двигательной системы)	Да/Нет

2.19.46.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе диафиза большеберцовой кости (коды по МКБ - 10: S82.2, S82.20, S82.21)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах конечности	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография диафиза большой берцовой и малой берцовой костей с захватом смежных суставов в двух проекциях с диагностической целью и/или компьютерная томография при подозрении на распространение перелома на область голеностопного или коленного суставов	Да/Нет
3.	Выполнена контрольная рентгенография поврежденного сегмента в двух проекциях	Да/Нет
4.	Назначено лечение анальгетиками и/или нестероидными противовоспалительными препаратами и/или местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено наложение гипсовой повязки при переломах костей или наложение иммобилизационной повязки при переломах костей (по показаниям)	Да/Нет
6.	Назначена антибактериальная терапия при открытых переломах (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнена лечебная физкультура при переломе костей	Да/Нет

2.19.46.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе диафиза большеберцовой кости (коды по МКБ - 10: S82.2, S82.20, S82.21)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах конечности	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография диафиза большой берцовой и малой берцовой костей с захватом смежных суставов в двух проекциях с диагностической целью и/или компьютерная томография при подозрении на распространение перелома на область голеностопного или коленного суставов	Да/Нет
3.	Выполнено лечение анальгетиками и/или нестероидными противовоспалительными препаратами и/или местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

4.	Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или скелетное вытяжение, или репозиция отломков костей при переломах, или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или открытый остеосинтез, или закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома диафиза большеберцовой кости	Да/Нет
5.	Выполнено проведение антибактериальной терапии при открытых переломах (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при помощи антикоагулянтов и/или механических методов профилактики (при оперативном лечении и/или факторов риска развития тромбоза глубоких вен)	Да/Нет
7.	Выполнена лечебная физкультура при переломе костей	Да/Нет

2.19.47.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе дистального отдела костей голени (коды по МКБ - 10: S82.3, S82.30, S82.31, S82.7, S82.70, S82.71, S82.8, S82.80, S82.81, S82.9, S82.90, S82.91, S89.7, S89.8, T93.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный, детского врача-хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография диафиза большой берцовой и малой берцовой костей с захватом смежных суставов в двух проекциях с диагностической целью и/или компьютерная томография при подозрении на распространение перелома на область голеностопного	Да/Нет
3.	Назначено лечение анальгетиками и/или нестероидными противовоспалительными препаратами и/или местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена иммобилизация поврежденной нижней конечности при переломах костей	Да/Нет
5.	Выполнена лечебная физкультура при переломе костей	Да/Нет

2.19.47.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе дистального отдела костей голени (коды по МКБ - 10: S82.3, S82.30, S82.31, S82.7, S82.70, S82.71, S82.8, S82.80, S82.81, S82.9, S82.90, S82.91, S89.7, S89.8, T93.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный, детского врача-хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография диафиза большой берцовой и малой берцовой костей с захватом смежных суставов в двух проекциях с диагностической целью и/или компьютерная томография при подозрении на распространение перелома на область голеностопного	Да/Нет
3.	Выполнено лечение анальгетиками и/или нестероидными противовоспалительными препаратами и/или местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей	Да/Нет

	или скелетное вытяжение, или репозиция отломков костей при переломах, или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или открытый остеосинтез, или закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома дистального отдела костей голени	
5.	Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при помощи антикоагулянтов и/или механических методов профилактики (при оперативном лечении и/или факторов риска развития тромбоза глубоких вен)	Да/Нет
6.	Выполнена лечебная физкультура при переломе костей	Да/Нет

2.19.48.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе проксимального отдела голени (коды по МКБ - 10: S82.1, S82.10, S82.11, S83.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный с оценкой иннервации и кровообращения в периферических отделах нижней конечности	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография нижней конечности (коленного сустава с захватом нижней трети бедренной кости и голени) при подозрении на перелом ПОКГ и/или вывихах голени и/или компьютерная томография нижней конечности при подозрении на внутрисуставной характер перелома и/или компьютерная томография сустава (при внутрисуставных переломах) при подозрении на наличие сопутствующего внутрисуставного перелома	Да/Нет
3.	Выполнено лечение анальгетиками и/или нестероидными противовоспалительными препаратами и/или местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или скелетное вытяжение, или репозиция отломков костей при переломах, или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или открытый остеосинтез, или закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома проксимального отдела костей голени	Да/Нет
5.	Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при помощи антикоагулянтов и/или механических методов профилактики (при оперативном лечении и/или факторов риска развития тромбоза глубоких вен)	Да/Нет
6.	Выполнена лечебная физкультура при переломе костей	Да/Нет

2.19.48.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе проксимального отдела голени (коды по МКБ - 10: S82.1, S82.10, S82.11, S83.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный с оценкой иннервации и кровообращения в периферических отделах нижней конечности	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография нижней конечности (коленного сустава с	Да/Нет

	захватом нижней трети бедренной кости и голени) при подозрении на перелом ПОКГ и/или вывихах голени и/или компьютерная томография нижней конечности при подозрении на внутрисуставной характер перелома и/или компьютерная томография сустава (при внутрисуставных переломах) при подозрении на наличие сопутствующего внутрисуставного перелома	
3.	Назначено лечение анальгетиками и/или нестероидными противовоспалительными препаратами и/или местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено наложение гипсовой повязки при переломах костей или наложение иммобилизационной повязки при переломах костей в рамках консервативного лечения пациента с переломом проксимального отдела костей голени в случае выбора консервативного метода	Да/Нет
5.	Выполнена лечебная физкультура при переломе костей	Да/Нет

2.19.49.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе дистального отдела плечевой кости (коды по МКБ - 10: S42.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография и/или компьютерная томография верхней конечности (при внутрисуставных переломах) дистального плечевой кости	Да/Нет
3.	Выполнена контрольная рентгенография верхней конечности поврежденного сегмента	Да/Нет
4.	Назначено лечение анальгетиками и/или нестероидными противовоспалительными препаратами и/или местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей	Да/Нет
6.	Выполнена лечебная физкультура при переломе костей	Да/Нет

2.19.49.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе дистального отдела плечевой кости (коды по МКБ - 10: S42.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография и/или компьютерная томография верхней конечности (при внутрисуставных переломах) дистального плечевой кости	Да/Нет
3.	Выполнена контрольная рентгенография верхней конечности поврежденного сегмента	Да/Нет
4.	Выполнено лечение анальгетиками и/или нестероидными противовоспалительными препаратами и/или местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или скелетное вытяжение, или репозиция отломков костей при переломах,	Да/Нет

	или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или открытый остеосинтез, или закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома диафиза большеберцовой кости	
6.	Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при помощи антикоагулянтов и/или механических методов профилактики (при продолжительности общего наркоза и/или турникета более 90 минут и/или при наличии эпизодов ВТЭО в анамнезе)	Да/Нет
7.	Выполнена лечебная физкультура при переломе костей	Да/Нет

2.19.50.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе проксимального отдела плечевой кости (коды по МКБ - 10: S42.2, S42.7, S42.8, S42.9, S43.0, S43.4, S43.5, S46.0, T92.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах конечности	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография верхней конечности и плечевого сустава в двух проекциях (плеча и плечевого сустава в двух проекциях с захватом локтевого сустава) с диагностической целью и/или компьютерная томография верхней конечности и сустава (плечевого) при наличии или подозрении на внутрисуставной характер перелома ПОПК и/или магнитно-резонансная томография суставов (один сустав)	Да/Нет
3.	Выполнена контрольная рентгенограмма поврежденного сегмента	Да/Нет
4.	Назначено лечение анальгетиками и/или нестероидными противовоспалительными препаратами и/или местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена иммобилизация поврежденной конечности в случае выбора консервативного метода	Да/Нет
6.	Выполнена лечебная физкультура при переломе костей	Да/Нет

2.19.50.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе проксимального отдела плечевой кости (коды по МКБ - 10: S42.2, S42.7, S42.8, S42.9, S43.0, S43.4, S43.5, S46.0, T92.1)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах конечности	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография верхней конечности и плечевого сустава в двух проекциях (плеча и плечевого сустава в двух проекциях с захватом локтевого сустава) с диагностической целью и/или компьютерная томография верхней конечности и сустава (плечевого) при наличии или подозрении на внутрисуставной характер перелома ПОПК и/или магнитно-резонансная томография суставов (один сустав)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение анальгетиками и/или нестероидными	Да/Нет

	противовоспалительными препаратами и/или местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
4.	Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или скелетное вытяжение, или репозиция отломков костей при переломах, или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или открытый остеосинтез, или закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома диафиза большеберцовой кости	Да/Нет
5.	Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при помощи антикоагулянтов и/или механических методов профилактики (при продолжительности общего наркоза и/или турникета более 90 минут и/или при наличии эпизодов ВТЭО в анамнезе)	Да/Нет
6.	Выполнена лечебная физкультура при переломе костей	Да/Нет

2.19.51.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе ключицы и лопатки (коды по МКБ - 10: S42.0, S42.1, S43.1, S43.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга пациентам с подозрением на перелом ключицы и/или лопатки с оценкой наличия или отсутствия признаков повреждения сосудисто-нервных пучков	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография области травмы не менее чем в одной (переднезадней) проекции при поступлении	Да/Нет
3.	Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами из группы M01A и/или парацетамолом и/или габапентиноиды и опиоиды немедленного высвобождения (при болевом синдроме в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено консервативное лечение (наложение иммобилизационной повязки при переломах костей и/или наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов) (по показаниям)	Да/Нет

2.19.51.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе ключицы и лопатки (коды по МКБ - 10: S42.0, S42.1, S43.1, S43.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга пациентам с подозрением на перелом ключицы и/или лопатки с оценкой наличия или отсутствия признаков повреждения сосудисто-нервных пучков	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография области травмы не менее чем в одной (переднезадней) проекции при поступлении	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография при недостаточности данных рентгенографии и/или подозрении на сопутствующее травматическое повреждение мягких тканей плечевого сустава	Да/Нет
4.	Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами из группы M01A и/или	Да/Нет

	парацетамолом и/или габапентиноиды и опиоиды немедленного высвобождения (при болевом синдроме в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
5.	Выполнено оперативное лечение (остеосинтез ключицы и/или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией и/или открытое лечение перелома без внутренней фиксации и/или открытое лечение вывиха сустава) (по показаниям).	Да/Нет

2.19.52.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе лодыжек (коды по МКБ - 10: S82.4, S82.40, S82.41, S82.5, S82.50, S82.51, S82.6, S82.60, S82.61, S82.7, S82.70, S82.71, S93.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах нижней конечности	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография голеностопного сустава и/или рентгенография лодыжки и/или компьютерная томография нижней конечности и/или магнитно-резонансная томография нижней конечности (при внутрисуставных переломах)	Да/Нет
3.	Выполнена контрольная рентгенография лодыжек	Да/Нет
4.	Назначено лечение анальгетиками и/или нестероидными противовоспалительными препаратами и/или местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или скелетное вытяжение, или репозиция отломков костей при переломах, или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или открытый остеосинтез, или закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома лодыжек	Да/Нет
6.	Выполнена лечебная физкультура при переломе костей	Да/Нет

2.19.52.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе лодыжек (коды по МКБ - 10: S82.4, S82.40, S82.41, S82.5, S82.50, S82.51, S82.6, S82.60, S82.61, S82.7, S82.70, S82.71, S93.0)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах нижней конечности	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография голеностопного сустава и/или рентгенография лодыжки и/или компьютерная томография нижней конечности и/или магнитно-резонансная томография нижней конечности (при внутрисуставных переломах)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение анальгетиками и/или нестероидными противовоспалительными препаратами и/или местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских	Да/Нет

	противопоказаний)	
4.	Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или скелетное вытяжение, или репозиция отломков костей при переломах, или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или открытый остеосинтез, или закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома лодыжек	Да/Нет
5.	Выполнена профилактика венозных тромбозомболических осложнений при помощи антикоагулянтов и/или механических методов профилактики (при оперативном лечении и/или наличии факторов риска развития тромбоза глубоких вен)	Да/Нет
6.	Выполнена лечебная физкультура при переломе костей	Да/Нет

2.19.53.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при повреждениях тазового кольца (коды по МКБ - 10: S30.0, S32.1, S32.2, S32.3, S32.30, S32.4, S32.5, S32.7, S32.70, S32.8, S33.2, S33.4, S33.6, S33.7, T91.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы и/или услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего травму опорно-двигательной системы	Да/Нет

2.19.53.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при повреждениях тазового кольца (коды по МКБ - 10: S30.0, S32.1, S32.2, S32.3, S32.30, S32.4, S32.5, S32.7, S32.70, S32.8, S33.2, S33.4, S33.6, S33.7, T91.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный или прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови для оценки степени тяжести шока	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография таза и/или компьютерная томография костей таза (в том числе у пациентов с нестабильной гемодинамикой и подозрением на внутритазовое кровотечение – компьютерной томографии органов малого таза у женщин, органов таза у мужчин)	Да/Нет
5.	Выполнено комплексное ультразвуковое исследование внутренних органов (ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и/или ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)) у пациентов с нестабильной гемодинамикой	Да/Нет
6.	Выполнено назначение анальгетиков и/или нестероидных противовоспалительных препаратов и/или местных анестетиков и/или габапентиноидов и/или опиоидов немедленного высвобождения и/или препаратов из группы «Другие анальгетики и антипиретики» (N02B) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнена временная стабилизация переломов костей тазового кольца методом остеосинтеза аппаратом наружной фиксации у пациентов с	Да/Нет

	нестабильной гемодинамикой на госпитальном этапе	
8.	Выполнена профилактика венозных тромбозомболических осложнений при помощи антикоагулянтов и/или механических методов профилактики (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнена антибиотикопрофилактика (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнен окончательный остеосинтез переломов тазового кольца с использованием пластин и/или винтов и/или иных погружных металлофиксаторов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы и/или услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего травму опорно-двигательной системы	Да/Нет
12.	Выполнено лечение в условиях стационара врачом-травматологом-ортопедом	Да/Нет

2.19.54.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при острых отравлениях опиоидными наркотическими веществами (коды по МКБ - 10: T40)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр пациента врачом скорой медицинской помощи (врачом-специалистом) или фельдшером скорой медицинской помощи	Да/Нет
2.	Выполнено проведение пульсоксиметрии	Да/Нет
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (ЭКГ-исследование)	Да/Нет
4.	Выполнено восстановление адекватной легочной вентиляции при наличии нарушений функции внешнего дыхания	Да/Нет
5.	Выполнена медицинская эвакуация пациента в стационарное токсикологическое отделение или отделение реанимации	Да/Нет
6.	Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте.	Да/Нет

2.19.54.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при острых отравлениях опиоидными наркотическими веществами (коды по МКБ - 10: T40)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр пациента врачом-токсикологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнен общетерапевтический биохимический анализ крови (общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий белок, креатинфосфокиназа, мочевины, креатинин, глюкоза, определение уровня калия, натрия, кальция)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня глюкозы крови не позднее 1 часа от момента поступления пациента в стационар	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
6.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови при отравлении опиоидными наркотическими веществами средней и тяжелой степени	Да/Нет
7.	Выполнено проведение пульсоксиметрии	Да/Нет

8.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (ЭКГ-исследование)	Да/Нет
9.	Выполнено мониторирование ЧСС, АД и пульсоксиметрии в течение суток	Да/Нет
10.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях или компьютерная томография органов грудной клетки при отравлении опиоидными наркотическими веществами средней и тяжелой степени	Да/Нет
11.	Выполнена рентгенография костей черепа в двух проекциях или компьютерная томография головного мозга у пациентов, доставленных с улицы, из общественных мест, при наличии данных о травматическом повреждении, при обнаружении травматических повреждений в области лица, волосистой части головы; при развитии судорожного синдрома	Да/Нет
12.	Выполнено проведение искусственной вентиляции легких при наличии вентиляционной ОДН или нарушениях сознания с ШКГ ≤ 8	Да/Нет
13.	Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте.	Да/Нет

2.19.55.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при отравлениях бензодиазепинами (коды по МКБ - 10: T42.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена искусственная вентиляция легких (при сопровождающемся нарушением дыхания и/или комой)	Да/Нет
2.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (ЭКГ- исследование)	Да/Нет
3.	Выполнена терапия растворами, влияющими на водно-электролитный баланс, для коррекции водно-электролитных расстройств (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.19.55.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при отравлениях бензодиазепинами (коды по МКБ - 10: T42.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-токсикологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом	Да/Нет
2.	Выполнение исследование КОС крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , BE, SB, BB, SO ₂ , НbO)	Да/Нет
3.	Выполнено определение наличия и уровня лекарственных препаратов и/или психоактивных веществ и/или их метаболитов в моче	Да/Нет
4.	Выполнена искусственная вентиляция легких (при сопровождающемся нарушением дыхания и/или комой)	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня общего билирубина в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня глюкозы в крови)	Да/Нет
6.	Выполнено введение Инозин + Никотинамид + Рибофлавин + Янтарная кислота при гипоксии пациентам старше 18 лет	Да/Нет
7.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (ЭКГ- исследование)	Да/Нет
8.	Выполнена терапия растворами, влияющими на водно-электролитный баланс, для коррекции водно-электролитных расстройств (при отсутствии	Да/Нет

	медицинских противопоказаний)	
9.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый,	Да/Нет
10.	Выполнена рентгенография черепа в двух проекциях при наличии следов травматических повреждений	Да/Нет
11.	Выполнен общий (клинический) развернутый, анализ мочи	Да/Нет
12.	Выполнена осмотр/консультация врачом -психиатром	Да/Нет

2.19.56.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при токсическом действии метанола и этиленгликоля (коды по МКБ - 10: T51.1, T52.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр пациента врачом скорой медицинской помощи либо фельдшером скорой медицинской помощи	Да/Нет
2.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (ЭКГ-исследование)	Да/Нет
3.	Выполнено восстановление адекватной легочной вентиляции при наличии нарушений функции внешнего дыхания	Да/Нет
4.	Выполнена внутривенная инфузия растворов, влияющих на водно-электролитный баланс при наличии гемодинамических нарушений	Да/Нет
5.	Выполнено зондовое промывание желудка	Да/Нет
6.	Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте.	Да/Нет
7.	Выполнена медицинская эвакуация пациента в стационар, специализирующийся на лечении острых отравлений, при невозможности – в стационар, имеющий возможность проведения гемодиализа	Да/Нет

2.19.56.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при токсическом действии метанола и этиленгликоля (коды по МКБ - 10: T51.1, T52.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр пациента врачом-токсикологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня этанола, метанола и этиленгликоля в крови и моче при подозрении на отравление метанолом или этиленгликолем	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнен общетерапевтический биохимический анализ крови (общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий белок, креатинфосфокиназа, мочевины, креатинин, глюкоза, определение уровня калия, натрия, кальция)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня глюкозы крови не позднее 1 часа от момента поступления пациента в стационар	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
7.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня натрия, калия в крови	Да/Нет
9.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (ЭКГ-исследование)	Да/Нет
10.	Выполнено мониторирование ЧСС, АД и пульсоксиметрии в течение суток	Да/Нет
11.	Выполнен контроль диуреза в течение суток	Да/Нет
12.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях или компьютерная томография органов грудной клетки	Да/Нет

13.	Выполнена рентгенография костей черепа в двух проекциях или компьютерная томография головного мозга	Да/Нет
14.	Выполнено проведение форсированного диуреза	Да/Нет
15.	Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте.	Да/Нет
16.	Выполнена антидотная терапия этанолом при наличии: 1. клинических проявлений и анамнестических указаний на прием метанола и этиленгликоля 2. подтвержденный уровень токсиканта в крови выше 0.2 г/л 3. уровне экзотоксиканта в крови ниже 0.2 г/л в сочетании с метаболическим ацидозом с увеличенным анионным интервалом	Да/Нет
17.	Выполнена инфузия растворов, влияющих на водно-электролитный баланс	Да/Нет

2.19.57.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при отравлении производными барбитуровой кислоты (барбитуратами) (коды по МКБ - 10: T42.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр пациента врачом скорой медицинской помощи либо фельдшером скорой медицинской помощи	Да/Нет
2.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (ЭКГ-исследование)	Да/Нет
3.	Выполнено мониторирование ЧСС, АД, и пульсоксиметрии посредством непрерывного аппаратного или последовательного ручного измерения при наличии у пациента угнетения сознания с ШКГ<13	Да/Нет
4.	Выполнено восстановление адекватной легочной вентиляции при наличии нарушений функции внешнего дыхания	Да/Нет
5.	Выполнена внутривенная инфузия растворов, влияющих на водно-электролитный баланс при наличии гемодинамических нарушений	Да/Нет
6.	Выполнено зондовое промывание желудка	Да/Нет
7.	Выполнено проведение энтеросорбции с применением активированного угля	Да/Нет
8.	Выполнена медицинская эвакуация пациента в стационар, специализирующийся на лечении острых отравлений, при невозможности – в стационар, имеющий возможность проведения методов гравитационной хирургии крови (гемосорбция, гемодиализ)	Да/Нет
9.	Выполнено проведение искусственной вентиляции легких при наличии вентиляционной ОДН и/или выраженном угнетении уровня сознания с ШКГ ≤8	Да/Нет
10.	Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте	Да/Нет

2.19.57.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям отравлении производными барбитуровой кислоты (барбитуратами) (коды по МКБ - 10: T42.3)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр пациента врачом-токсикологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом	Да/Нет
2.	Выполнено проведение химико-токсикологической экспертизы (исследования) содержания в крови, моче качественно и количественно производных барбитуровой кислоты	Да/Нет
3.	Выполнено исследование общего (клинического анализа) крови	Да/Нет

4.	Выполнен общетерапевтический биохимический анализ крови (общий билирубин, гаммаглутамилтрансфераза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий белок, мочевины, креатинин, креатинфосфокиназы, глюкоза, калия, натрия, хлора, кальция)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование общего (клинического анализа) крови	Да/Нет
6.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови	Да/Нет
7.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (ЭКГ-исследование)	Да/Нет
8.	Выполнено мониторирование ЧСС, АД, и пульсоксиметрии посредством непрерывного аппаратного или последовательного ручного измерения при наличии у пациента угнетения сознания с ШКГ<13	Да/Нет
9.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки или компьютерная томография органов грудной клетки	Да/Нет
10.	Выполнена рентгенография костей черепа или компьютерная томография головного мозга пациентам, доставленным с улицы, из общественных мест и/или при наличии следов травматических повреждений	Да/Нет
11.	Выполнено проведение искусственной вентиляции легких при наличии вентиляционной ОДН и/или выраженном угнетении уровня сознания с ШКГ ≤8	Да/Нет
12.	Выполнена инфузия растворов, влияющих на водно-электролитный баланс	Да/Нет
13.	Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте	Да/Нет

2.19.58.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при отравлениях производным амфетамина, синтетическими катинонами и прекурсорами ГОМК (коды по МКБ - 10: T40.6, T40.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом скорой медицинской помощи (врачом-специалистом) при оказании скорой медицинской помощи или осмотр фельдшером скорой медицинской помощи (специалистом со средним медицинским образованием) при оказании скорой медицинской помощи пациентам	Да/Нет
2.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб у пациента и осмотр места происшествия	Да/Нет
3.	Выполнено проведение визуального осмотра терапевтического с оценкой состояния кожных покровов, слизистых и величины зрачков	Да/Нет
4.	Выполнена оценка состояния нервной системы – глубины нарушений сознания по шкале комы Глазго наличие или отсутствие тремора, статической и динамической координации у пациента	Да/Нет
5.	Выполнен физикальный осмотр с оценкой состояния системы дыхания (частота дыхания, аускультация, пульсоксиметрия), сердечно-сосудистой системы (частота пульса, уровень артериального давления)	Да/Нет
6.	Выполнена регистрация электрокардиограммы с расшифровкой, описанием и интерпретацией электрокардиографических данных	Да/Нет
7.	Выполнено проведение инфузионно-детоксикационной терапии	Да/Нет
8.	Выполнено введение препарата из группы «анксиолитики» и препарата из группы «антипсихотические средства» пациентам, находящимся в состоянии психомоторного возбуждения	Да/Нет
9.	Выполнена фиксация пациентов находящихся в состоянии психомоторного возбуждения	Да/Нет
10.	Выполнено проведение респираторной поддержки пациентам с острой	Да/Нет

	дыхательной недостаточностью	
11.	Выполнено направление на диспансерный прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога	Да/Нет
12.	Выполнена медицинская эвакуация в центр (отделение) острых отравлений или в отделение реанимации и интенсивной терапии при тяжелой степени отравления и в терапевтическое отделение при отравлениях средней и легкой степени тяжести	Да/Нет

2.19.58.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при отравлениях производным амфетамина, синтетическими катинонами и прекурсорами ГОМК (коды по МКБ - 10: T40.6, T40.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб у пациента и осмотр места происшествия	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-токсиколога первичный и/или осмотр (консультация) врачом анестезиологом-реаниматологом первичный.	Да/Нет
3.	Выполнено проведение визуального осмотра терапевтического с оценкой состояния кожных покровов, слизистых и величины зрачков	Да/Нет
4.	Выполнена оценка состояния нервной системы – глубины нарушений сознания по шкале комы Глазго наличие или отсутствие тремора, статической и динамической координации у пациента	Да/Нет
5.	Выполнен физикальный осмотр с оценкой состояния системы дыхания (частота дыхания, аускультация, пульсоксиметрия), сердечно-сосудистой системы (частота пульса, уровень артериального давления)	Да/Нет
6.	Выполнено химико-токсикологическое исследование биологических сред (мочи) с использованием методов газовой хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием (ГХ-МС) или высокоэффективной жидкостной хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием (ВЭЖХ-МС)	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый, общий (клинический) анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня общего билирубина, общего белка в крови, определение активности аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, креатинкиназы в крови, исследование уровня мочевины, креатинина, глюкозы в крови)	Да/Нет
8.	Выполнена регистрация электрокардиограммы с расшифровкой, описанием и интерпретацией электрокардиографических данных	Да/Нет
9.	Выполнено проведение рентгенографии легких или компьютерной томографии органов грудной полости	Да/Нет
10.	Выполнена рентгенография черепа, в одной или более проекциях или компьютерная томография головного мозга при подозрении на черепно-мозговую травму	Да/Нет
11.	Выполнено проведение инфузионно-детоксикационной терапии	Да/Нет
12.	Выполнено промывание желудка через зонд и проведение энтеросорбции при наличии подозрений на сочетанное отравление психотропными средствами и этанолом	Да/Нет
13.	Выполнено введение препарата из группы «анксиолитики» и препарата из группы «антипсихотические средства» пациентам, находящимся в состоянии психомоторного возбуждения	Да/Нет
14.	Выполнена фиксация пациентов находящихся в состоянии	Да/Нет

	психомоторного возбуждения	
15.	Выполнено проведение респираторной поддержки пациентам с острой дыхательной недостаточностью	Да/Нет
16.	Выполнено направление на диспансерный прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога	Да/Нет
17.	Выполнена медицинская эвакуация в центр (отделение) острых отравлений или в отделение реанимации и интенсивной терапии при тяжелой степени отравления и в терапевтическое отделение при отравлениях средней и легкой степени тяжести	Да/Нет

2.19.59.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при отравлении психотропными средствами, не классифицированном в других рубриках (коды по МКБ - 10: T43)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом скорой медицинской помощи (врачом-специалистом) при оказании скорой медицинской помощи или осмотр фельдшером скорой медицинской помощи (специалистом со средним медицинским образованием) при оказании скорой медицинской помощи пациентам	Да/Нет
2.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб у пациента и осмотр места происшествия	Да/Нет
3.	Выполнено проведение визуального осмотра терапевтического с оценкой состояния кожных покровов, слизистых и величины зрачков	Да/Нет
4.	Выполнена оценка состояния нервной системы – глубины нарушений сознания по шкале комы Глазго наличие или отсутствие тремора, статической и динамической координации у пациента	Да/Нет
5.	Выполнен физикальный осмотр с оценкой состояния системы дыхания (частота дыхания, аускультация, пульсоксиметрия), сердечно-сосудистой системы (частота пульса, уровень артериального давления), оценки состояния желудочно-кишечного тракта (наличие перистальтики) и мочевыделительной системы (задержка мочеиспускания).	Да/Нет
6.	Выполнена регистрация электрокардиограммы с расшифровкой, описанием и интерпретацией электрокардиографических данных	Да/Нет
7.	Выполнено восстановление проходимости дыхательных путей, назначение респираторной поддержки.	Да/Нет
8.	Выполнена инфузионная терапия растворами электролитов.	Да/Нет
9.	Выполнена фиксация пациентов находящихся в состоянии психомоторного возбуждения	Да/Нет
10.	Выполнено промывание желудка (при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнена медицинская эвакуация в центр (отделение) острых отравлений или в отделение реанимации и интенсивной терапии при тяжелой степени отравления и в терапевтическое отделение при отравлениях средней и легкой степени тяжести	Да/Нет

2.19.59.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям отравлении психотропными средствами, не классифицированном в других рубриках (коды по МКБ - 10: T43)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен сбор анамнеза и жалоб у пациента и осмотр места происшествия	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-токсиколога первичный	Да/Нет

	и/или осмотр (консультация) врачом анестезиологом-реаниматологом первичный.	
3.	Выполнено проведение визуального осмотра терапевтического с оценкой состояния кожных покровов, слизистых и величины зрачков	Да/Нет
4.	Выполнена оценка состояния нервной системы – глубины нарушений сознания по шкале комы Глазго наличие или отсутствие тремора, статической и динамической координации у пациента	Да/Нет
5.	Выполнен физикальный осмотр с оценкой состояния системы дыхания (частота дыхания, аускультация, пульсоксиметрия), сердечно-сосудистой системы (частота пульса, уровень артериального давления), оценки состояния желудочно-кишечного тракта (наличие перистальтики) и мочевыделительной системы (задержка мочеиспускания).	Да/Нет
6.	Выполнено химико-токсикологическое исследование биологических сред (мочи) с использованием методов газовой хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием (ГХ-МС) или высокоэффективной жидкостной хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием (ВЭЖХ-МС)	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый, общий (клинический) анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня общего билирубина, общего белка в крови, определение активности аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, креатинкиназы в крови, исследование уровня мочевины, креатинина, глюкозы в крови)	Да/Нет
8.	Выполнена регистрация электрокардиограммы с расшифровкой, описанием и интерпретацией электрокардиографических данных	Да/Нет
9.	Выполнено проведение рентгенографии легких или компьютерной томографии органов грудной полости	Да/Нет
10.	Выполнена рентгенография черепа, в одной или более проекциях или компьютерная томография головного мозга при подозрении на черепно-мозговой травме	Да/Нет
11.	Выполнено восстановление проходимости дыхательных путей, назначение респираторной поддержки.	Да/Нет
12.	Выполнена инфузионная терапия растворами электролитов.	Да/Нет
13.	Выполнено лечение препаратами из группы антихолинэстеразные средства при развитии центрального антихолинэргического синдрома	Да/Нет
14.	Выполнено лечение препаратами из группы «анксиолитики» и препаратами из группы «антипсихотические средства» при наличии психомоторного возбуждения	Да/Нет
15.	Выполнена фиксация пациентов находящихся в состоянии психомоторного возбуждения	Да/Нет
16.	Выполнено промывание желудка (при отсутствии противопоказаний)	Да/Нет
17.	Выполнено лечение препаратами группы кишечные адсорбенты	Да/Нет
18.	Выполнено проведение эфферентной терапии (плазмаферез, гемодиализ, гемосорбция) при наличии показаний	Да/Нет
19.	Выполнен осмотр врачом-психиатром первичный и повторный	Да/Нет
20.	Выполнена медицинская эвакуация в центр (отделение) острых отравлений или в отделение реанимации и интенсивной терапии при тяжелой степени отравления и в терапевтическое отделение при отравлениях средней и легкой степени тяжести	Да/Нет

2.19.60.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при токсическом действии разъедающих веществ (коды по МКБ - 10: T54)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр пациента врачом скорой медицинской помощи либо фельдшером скорой медицинской помощи	Да/Нет
2.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (ЭКГ-исследование)	Да/Нет
3.	Выполнена терапия лекарственными препаратами для коррекции водно-электролитных расстройств	Да/Нет
4.	Выполнена медицинская эвакуация пациента в стационар, специализирующийся на лечении острых отравлений, при невозможности – в стационар, имеющий возможность проведения методов гравитационной хирургии крови (гемосорбция, гемодиализ)	Да/Нет
5.	Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте	Да/Нет

2.19.60.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при токсическом действии разъедающих веществ (коды по МКБ - 10: T54)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр пациента врачом-токсикологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом	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.	Выполнено исследование уровня этанола, метанола в крови не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня общего билирубина в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности креатинкиназы в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня общего белка в крови, определение активности натрия в крови, исследование уровня калия в крови, исследование уровня общего кальция в крови)	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
7.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза): исследование уровня фибриногена в крови, определение международного нормализованного отношения (МНО), активированное частичное тромбопластиновое время	Да/Нет
8.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови	Да/Нет
9.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови	Да/Нет
10.	Выполнено исследование уровня свободного гемоглобина в плазме крови	Да/Нет
11.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (ЭКГ-исследование)	Да/Нет
12.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
13.	Выполнена бронхоскопия (ФБС) при наличии признаков аспирации	Да/Нет
14.	Выполнено ЭФГДС в первые 12-48 часов после травмы	Да/Нет
15.	Выполнено УЗИ органов брюшной полости и почек	Да/Нет

16.	Выполнена терапия лекарственными препаратами для коррекции водно-электролитных расстройств	Да/Нет
17.	Выполнена искусственная вентиляция легких (при развитии острой дыхательной недостаточности)	Да/Нет
18.	Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте	Да/Нет

2.19.61.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при токсическом действии галогенпроизводных алифатических и ароматических углеводородов (коды по МКБ - 10: T53)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр пациента врачом скорой медицинской помощи (врачом-специалистом) или фельдшером скорой медицинской помощи	Да/Нет
2.	Выполнено восстановление адекватной легочной вентиляции при наличии нарушений функции внешнего дыхания	Да/Нет
3.	Выполнено удаление невсосавшегося токсиканта с кожных покровов	Да/Нет
4.	Выполнена медицинская эвакуация пациента в стационарное токсикологическое отделение или отделение реанимации	Да/Нет
5.	Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте.	Да/Нет

2.19.61.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при токсическом действии галогенпроизводных алифатических и ароматических углеводородов (коды по МКБ - 10: T53)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр пациента врачом-токсикологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом	Да/Нет
2.	Выполнено химико-токсикологическое исследование для диагностики отравления четыреххлористым углеродом	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
4.	Выполнен общетерапевтический биохимический анализ крови (исследование уровня общего билирубина, связанного (конъюгированного) билирубина, общего белка, глюкозы, мочевины, креатинина)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня глюкозы крови	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
7.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови	Да/Нет
8.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (ЭКГ-исследование)	Да/Нет
9.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
10.	Выполнено восстановление адекватной легочной вентиляции при наличии нарушений функции внешнего дыхания	Да/Нет
11.	Выполнено промывание желудка	Да/Нет
12.	Выполнена интубация трахеи при глубокой коме и/или нарушении дыхания по центральному типу	Да/Нет
13.	Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте.	Да/Нет

	помощи на месте.	

2.19.62.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при токсическом действии окиси углерода. Токсическом действии других газов, дымов и паров (коды по МКБ - 10: T58, T59)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр пациента врачом скорой медицинской помощи либо фельдшером скорой медицинской помощи	Да/Нет
2.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (ЭКГ-исследование)	Да/Нет
3.	Выполнено внутривенное введение растворов, влияющих на водно-электролитный баланс: электролиты, электролиты в комбинации с углеводами, электролиты в комбинации с другими средствами; ирригационных растворов: раствор натрия хлорида, комбинированных препаратов; другие ирригационные растворы: декстроза при нарушениях водно-электролитного баланса	Да/Нет
4.	Выполнено восстановление адекватной легочной вентиляции при наличии нарушений функции внешнего дыхания	Да/Нет
5.	Выполнено зондовое промывание желудка	Да/Нет
6.	Выполнено проведение энтеросорбции с применением активированного угля	Да/Нет
7.	Выполнена медицинская эвакуация пациента в стационар, специализирующийся на лечении острых отравлений, при невозможности – в стационар, имеющий возможность проведения методов гравитационной хирургии крови (гемосорбция, гемодиализ)	Да/Нет
8.	Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте	Да/Нет

2.19.62.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при токсическом действии окиси углерода. Токсическом действии других газов, дымов и паров (коды по МКБ - 10: T58, T59)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врачом-токсикологом первичный и (или) осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный при поступлении в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня карбоксигемоглобина в крови	Да/Нет
3.	Выполнено определение концентрации этанола в крови методом газовой хроматографии (при нарушении сознания)	Да/Нет
4.	Выполнено количественное определение этанола в моче методом газовой хроматографии (при нарушении сознания)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови	Да/Нет
7.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
8.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
9.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (ЭКГ-исследование)	Да/Нет
10.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
11.	Выполнена рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях или	Да/Нет

	компьютерная томография головного мозга	
12.	Выполнена кислородотерапия в режиме нормобарической оксигенации (НБО) и гипербарическая оксигенация (ГБО), при отсутствии противопоказаний и наличия технических возможностей лечебно-профилактического учреждения	Да/Нет
13.	Выполнено введение цинка бисвинилимидазола диацетата у лиц старше 18 лет	Да/Нет
14.	Выполнено внутривенное введение растворов, влияющих на водно-электролитный баланс: электролиты, электролиты в комбинации с углеводами, электролиты в комбинации с другими средствами; ирригационных растворов: раствор натрия хлорида, комбинированных препаратов; другие ирригационные растворы: декстроза при нарушениях водно-электролитного баланса	Да/Нет
15.	Выполнено зондовое промывание желудка	Да/Нет
16.	Выполнено проведение энтеросорбции с применением активированного угля	Да/Нет
17.	Выполнено проведение искусственной вентиляции легких при наличии вентиляционной ОДН и/или выраженном угнетении уровня сознания с ШКГ ≤ 8	Да/Нет
18.	Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте	Да/Нет

2.19.63.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при острых отравлениях неопиоидными анальгезирующими, жаропонижающими и противоревматическими средствами (коды по МКБ - 10: T39)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено промывание желудка (повторное при проведении либо его отсутствии метода на догоспитальном этапе)	Да/Нет
2.	Выполнена энтеросорбция кишечными адсорбентами и фармакологическая стимуляция желудочно-кишечного тракта путем парентерального введения лекарственного препарата из группы A03F Стимуляторы моторики желудочно-кишечного тракта (Метоклопрамид)	Да/Нет
3.	Выполнена искусственная вентиляция легких (при коме)	Да/Нет
4.	Выполнено введение лекарственных препаратов группы препаратов группы B05BB «растворы, влияющие на водно-электролитный баланс, содержащие янтарную кислоту» (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести)	Да/Нет
5.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (ЭКГ- исследование)	Да/Нет
6.	Выполнена терапия растворами, влияющими на водно-электролитный баланс для коррекции водно-электролитных расстройств (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.19.63.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при острых отравлениях опиоидными наркотическими веществами (коды по МКБ - 10: T39)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-токсикологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом	Да/Нет
2.	Выполнено промывание желудка (повторное при проведении либо его отсутствии метода на догоспитальном этапе)	Да/Нет

3.	Выполнено проведение химико-токсикологической экспертизы (высокоэффективная жидкостная хроматография, жидкостная хроматография с ультрафиолетовой детекцией) на определение нестероидных противовоспалительных препаратов при подозрении на отравление	Да/Нет
4.	Выполнена энтеросорбция кишечными адсорбентами и фармакологическая стимуляция желудочно-кишечного тракта путем парентерального введения лекарственного препарата из группы А03F Стимуляторы моторики желудочно-кишечного тракта (Метоклопрамид)	Да/Нет
5.	Выполнен кишечный лаваж	Да/Нет
6.	Выполнено пероральное введение лекарственных препаратов группы осмотические слабительные средства	Да/Нет
7.	Выполнена искусственная вентиляция легких (при коме)	Да/Нет
8.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, КФК, АлАТ, АсАТ, общий белок, мочевины, креатинин, калий, натрий, кальций)	Да/Нет
9.	Выполнено введение лекарственных препаратов группы препаратов группы В05ВВ «растворы, влияющие на водно-электролитный баланс, содержащие янтарную кислоту» (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести)	Да/Нет
10.	Выполнена регистрация электрокардиограммы (ЭКГ- исследование)	Да/Нет
11.	Выполнена терапия растворами, влияющими на водно-электролитный баланс для коррекции водно-электролитных расстройств (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый, анализ мочи	Да/Нет
13.	Выполнена рентгенография черепа в двух проекциях или СКТ головного мозга – пациентам, доставленным с улицы, общественных мест, при наличии следов травм	Да/Нет

2.20. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ ВНЕШНИХ ПРИЧИНАХ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ

2.20.1.1. 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)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-терапевта участкового первичный или прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный или прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный или прием (осмотр, консультация) врача-гериатра первичный (с оценкой риска падений) ИЛИ врача приемного отделения первичный (с оценкой риска падений в приемном отделении)	Да/Нет
2.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях и измерение частоты сердцебиения и ортостатическая проба	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога, оториноларинголога первичный (при отсутствии проведения в течение 1 последнего года)	Да/Нет
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-гериатра первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (при повторных падениях, с комплексной гериатрической оценкой функционального и когнитивного статуса (с использованием шкалы FRAX и с многофакторной оценкой риска падений) (с	Да/Нет

	разработкой индивидуального плана ведения пациента с учетом гериатрических синдромов)	
5.	Выполнено исследование уровня 25-ОН витамина Д в крови	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
7.	Выполнено назначение колекальциферола (при недостаточности (дефиците) витамина D (при необходимости коррективной терапии) (при наличии показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено назначение алендроновой кислоты или золедроновой кислоты, или деносумаба, или терипаратида (при высоком риске остеопоротических переломов по шкале FRAX) (при наличии показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено назначение лечебной физкультуры	Да/Нет
10.	Выполнено индивидуальное профилактическое консультирование	

2.20.1.2. 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)

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

2.21. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ ФАКТОРАХ, ВЛИЯЮЩИХ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ОБРАЩЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2.21.1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при нормальной беременности (коды по МКБ - 10: Z32, Z33, Z34, Z35, Z36)

№	Критерии оценки качества	Оценка

п/п		выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный (с определением срока беременности и родов по дате последней менструации и/или данным ультразвукового исследования при 1-м визите).	Да/Нет
2.	Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях (при каждом визите).	Да/Нет
3.	Выполнено исследование пульса (при каждом визите).	Да/Нет
4.	Выполнено измерение высоты дна матки (при каждом визите) и ведение гравидограммы (с 200 недель беременности).	Да/Нет
5.	Выполнена аускультация плода с помощью стетоскопа или аускультация плода с помощью фетального доплера (с 220 недель беременности, при каждом визите).	Да/Нет
6.	Выполнено направление на 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 (при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности).	Да/Нет
7.	Выполнено направление 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) (при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности).	Да/Нет
8.	Выполнено направление на определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови (при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности).	Да/Нет
9.	Выполнено направление на определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови (при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности).	Да/Нет
10.	Выполнено направление на микроскопическое исследование влагалищных мазков (при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности).	Да/Нет
11.	Выполнено направление на определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) (однократно при 1-м визите).	Да/Нет
12.	Выполнено направление на общий (клинический) анализ крови (при 1-м визите, при 1-м визите в 1-м триместре беременности, во 2-м и в 3-м триместре беременности).	Да/Нет
13.	Выполнено направление на исследование уровня глюкозы в крови натощак (при 1-м визите) и дополнительное исследование уровня глюкозы в крови (при выявлении уровня глюкозы венозной крови натощак $\geq 7,0$ ммоль/л).	Да/Нет
14.	Выполнено направление на проведение глюкозотолерантного теста (пероральный глюкозотолерантный тест) с 75 г декстрозы (в 240-280 недель беременности, если ранее не было выявлено нарушение углеводного обмена или не проводилось обследование на ранних сроках беременности).	Да/Нет
15.	Выполнено направление на исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (при 1-м визите).	Да/Нет
16.	Выполнено направление на определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови (при 1-м визите).	Да/Нет
17.	Выполнено направление на общий (клинический) анализ мочи (при 1-м визите, при 1-м визите в 1-м триместре беременности, во 2-м и в 3-м триместре беременности).	Да/Нет
18.	Выполнено направление на микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены с применением автоматизированного посева (при 1-м визите).	Да/Нет
19.	Выполнено направление на определение белка в моче (с 220 недель беременности, при каждом визите).	Да/Нет
20.	Выполнено направление на бактериологическое исследование вагинального отделяемого и ректального отделяемого на стрептококк группы В (S. agalactiae) или определение ДНК стрептококка группы В (S. agalactiae) во влагалищном мазке и	Да/Нет

	ректальном мазке методом ПЦР (в 350-370 недель беременности).	
21.	Выполнено направление на исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови, исследование уровня связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) в сыворотке крови, ультразвуковое скрининговое исследование по оценке антенатального развития плода (скрининг I в 110-136 недель беременности).	Да/Нет
22.	Выполнено направление на ультразвуковое скрининговое исследование по оценке антенатального развития плода (скрининг II) и ультразвуковое исследование шейки матки (УЗ-цервикометрия) (в 180-206 недель беременности).	Да/Нет
23.	Выполнено направление на ультразвуковое исследование плода в III триместре беременности (в 340-356 недели беременности).	Да/Нет
24.	Назначена фолиевая кислота перорально на протяжении первых 12 недель беременности в дозе 400-800 мкг в день (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

2.21.2.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при прижизненном донорстве почки (коды по МКБ - 10: Z52.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный	Да/Нет
3.	Выполнено Определение основных групп по системе АВ0	Да/Нет
4.	Выполнено определение антигена D системы Резус (резус-фактор)	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
7.	Выполнено комплексное исследование функции почек	Да/Нет
8.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
9.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
10.	Выполнено определение количества белка в суточной моче	Да/Нет
11.	Выполнено Молекулярно-биологическое исследование крови на вирус гепатита В (Hepatitis B virus)	Да/Нет
12.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование крови на вирус гепатита С (Hepatitis C virus)	Да/Нет
13.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование крови на вирус иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1)	Да/Нет
14.	Выполнено определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови	Да/Нет
15.	Выполнено определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	Да/Нет
16.	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	Да/Нет
17.	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	Да/Нет
18.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в нетрепонемных тестах (RPR, РМПИ) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови	Да/Нет
19.	Выполнено определение HLA-антигенов	Да/Нет

20.	Выполнена проба на совместимость по иммунным антителам реципиента и антигенам главного комплекса гистосовместимости донора	Да/Нет
21.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
22.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
23.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием	Да/Нет

2.21.2.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при прижизненном донорстве почки (коды по МКБ - 10: Z52.4)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный	Да/Нет
3.	Выполнено Определение основных групп по системе АВ0	Да/Нет
4.	Выполнено определение антигена D системы Резус (резус-фактор)	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
7.	Выполнено комплексное исследование функции почек	Да/Нет
8.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
9.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
10.	Выполнено определение количества белка в суточной моче	Да/Нет
11.	Выполнено Молекулярно-биологическое исследование крови на вирус гепатита В (Hepatitis B virus)	Да/Нет
12.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование крови на вирус гепатита С (Hepatitis C virus)	Да/Нет
13.	Выполнено молекулярно-биологическое исследование крови на вирус иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1)	Да/Нет
14.	Выполнено определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови	Да/Нет
15.	Выполнено определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	Да/Нет
16.	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	Да/Нет
17.	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	Да/Нет
18.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови	Да/Нет
19.	Выполнено определение HLA-антигенов	Да/Нет
20.	Выполнена проба на совместимость по иммунным антителам реципиента и антигенам главного комплекса гистосовместимости донора	Да/Нет
21.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
22.	Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
23.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием	Да/Нет
24.	Выполнено удаление донорской почки или удаление донорской почки с	Да/Нет

	использованием видеоэндоскопических технологий	
25.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи в послеоперационном периоде	Да/Нет
26.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый в послеоперационном периоде	Да/Нет
27.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический в послеоперационном периоде	Да/Нет
28.	Выполнен коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) в послеоперационном периоде	Да/Нет
29.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) в послеоперационном периоде	Да/Нет
30.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-хирургом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара в послеоперационном периоде	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-кардиологом	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врачом-сердечно-сосудистым-хирургом	Да/Нет
3.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом	Да/Нет
4.	Выполнено определение группы крови по системе АВ0 и антиген D системы Резус (резус-фактор)	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевины, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, общий белок)	Да/Нет
7.	Выполнен анализ электролитного состава крови (калий, натрий)	
8.	Выполнено исследование свертывающей системы крови (АЧТВ, ПТИ, фибриноген)	Да/Нет
9.	Выполнено определение антител к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ) типов 1, 2 и антигена р24, антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus), антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	Да/Нет
10.	Выполнено электрокардиографическое (ЭКГ) исследование в 12-ти отведениях	Да/Нет
11.	Выполнено эхокардиографическое трансторакальное исследование	Да/Нет
12.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена ортотопическая трансплантация сердца	Да/Нет
2.	Выполнено введение глюкокортикоидов перед снятием зажима с аорты	Да/Нет
3.	Выполнен осмотр врачом-сердечно-сосудистым-хирургом	Да/Нет
4.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом	Да/Нет
5.	Выполнен анализ электролитного состава крови (калий, натрий)	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врача-кардиолога в стационаре	Да/Нет
2.	Выполнен общий анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевины, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, общий белок)	Да/Нет
4.	Выполнен анализ электролитного состава крови (калий, натрий)	Да/Нет
5.	Выполнено электрокардиографическое (ЭКГ) исследование в 12-ти отведениях	Да/Нет
6.	Выполнено эхокардиографическое трансторакальное исследование	Да/Нет
7.	Выполнено определение концентрации такролимуса или циклоспорина или эверолимуса в крови	Да/Нет