

	проходов и мостомозжечковых углов (при одностороннем снижении слуха)	
7.	Выполнено лечение лекарственными препаратами группы глюкокортикостероиды (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнена тональная аудиометрия или тональная пороговая аудиометрия с исследованием порогов дискомфорта при односторонней потере слуха перед выпиской из стационара	Да/Нет

3.9. Критерии качества при болезнях системы кровообращения

3.9.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром нарушении мозгового кровообращения (коды по МКБ - 10: I60 - I63; G45; G46)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-неврологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография головы или магнитно-резонансная томография головы с описанием и интерпретацией результата не позднее 40 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерно-томографическая ангиография и/или магнитно-резонансная ангиография и/или рентгеноконтрастная ангиография церебральных сосудов (при субарахноидальном кровоизлиянии)	Да/Нет
4.	Выполнено определение уровня глюкозы в периферической крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
5.	Выполнено определение уровня тромбоцитов в крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
6.	Выполнено определение международного нормализованного отношения и активированного частичного тромбопластинового времени не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнен системный внутривенный тромболизис не позднее 40 минут от момента установления диагноза (при ишемическом инсульте при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнена спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (при наличии менингеальной симптоматики и отсутствии признаков кровоизлияния по данным компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии головы)	Да/Нет
9.	Выполнена консультация врача-нейрохирурга не позднее 60 минут от момента установления диагноза внутричерепного кровоизлияния	Да/Нет

10.	Начато лечение в условиях блока (палаты) интенсивной терапии или отделения реанимации не позднее 60 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
11.	Выполнено стандартизированное скрининговое тестирование функции глотания не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
12.	Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго и неврологического статуса по шкале инсульта NIH не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
13.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза)	Да/Нет
14.	Начата индивидуальная нутритивная поддержка не позднее 24 часов от момента поступления в стационар с последующей ежедневной коррекцией	Да/Нет
15.	Выполнено определение патогенетического варианта ишемического инсульта по критериям TOAST	Да/Нет
16.	Выполнена профилактика повторных сосудистых нарушений лекарственными препаратами группы антиагреганты при некардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта или лекарственными препаратами группы антикоагулянты при кардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17.	Начата медицинская реабилитация не позднее 48 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
18.	Выполнена оценка по шкале Рэнкин в первые 24 часа от момента поступления в стационар и на момент выписки из стационара	Да/Нет
19.	Оценка по шкале Рэнкин уменьшилась не менее чем на 1 балл за время пребывания в стационаре	Да/Нет
20.	Отсутствие пролежней в период госпитализации	Да/Нет
21.	Отсутствие тромбоемболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.9.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при нарушениях ритма сердца и проводимости (коды по МКБ - 10: I44 - I45; I47 - I49)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-кардиологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (кальций, магний, калий, натрий)	Да/Нет

3.	Выполнено электрокардиографическое исследование не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Проведена электроимпульсная терапия и/или временная/постоянная электрокардиостимуляция и/или проведена терапия антиаритмическими лекарственными препаратами внутривенно не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.9.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром коронарном синдроме (коды по МКБ - 10: [I20.0](#); [I21](#) - [I24](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-кардиологом не позднее 5 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено электрокардиографическое исследование не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено определение уровня тропонинов I, T в крови и/или определение уровня и активности креатинкиназы в крови	Да/Нет
5.	Проведена (при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST электрокардиограммы) терапия фибринолитическими лекарственными препаратами не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (в случае, если терапия фибринолитическими лекарственными препаратами не проведена на догоспитальном этапе) или выполнено первичное чрескожное коронарное вмешательство не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Проведена терапия ингибиторами агрегации тромбоцитов	Да/Нет
7.	Проведена терапия ацетилсалициловой кислотой	Да/Нет
8.	Проведена терапия гиполипидемическими препаратами	Да/Нет
9.	Выполнено электрокардиографическое исследование до начала тромболитической терапии и через 1 час после окончания (в случае проведения тромболитической терапии)	Да/Нет
10.	Выполнено электрокардиографическое исследование до начала чрескожного коронарного вмешательства и через 30 минут после его окончания (при чрескожном коронарном вмешательстве)	Да/Нет

3.9.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезнях, характеризующихся повышенным кровяным давлением (коды по МКБ - 10: [I10](#) - [I13](#); [I15](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
-------	-------------------	-------------------

1.	Выполнен осмотр врачом-терапевтом или врачом-кардиологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар (при гипертоническом кризе)	Да/Нет
2.	Выполнено электрокардиографическое исследование не позднее 15 минут от момента поступления в стационар (при гипертоническом кризе)	Да/Нет
3.	Проведена терапия антигипертензивными лекарственными препаратами внутривенно не позднее 15 минут от момента поступления в стационар (при гипертоническом кризе и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, глюкоза, калий, натрий)	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
8.	Выполнено исследование функции нефронов по клиренсу креатинина	Да/Нет
9.	Выполнено суточное мониторирование артериального давления	Да/Нет
10.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
11.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и надпочечников	Да/Нет
12.	Выполнена консультация врача-офтальмолога	Да/Нет
13.	Проведена антигипертензивная терапия ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или блокаторами кальциевых каналов и/или бета-адреноблокаторами и/или диуретиками (в режиме монотерапии пациентам низкого и среднего стратификационного риска или в режиме комбинированной терапии пациентам среднего, высокого и очень высокого стратификационного риска, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
14.	Достигнуто снижение артериального давления на 25% от исходных значений не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при гипертоническом кризе)	Да/Нет
15.	Достигнут целевой уровень артериального давления или снижение артериального давления на от 25% до 30% от исходных значений при артериальной гипертонии III стадии на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.9.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при ишемической болезни сердца (коды по МКБ-10: I20.1; I20.8; I20.9; I25.0; I25.1; I25.2; I25.5; I25.6; I25.8; I25.9)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено электрокардиографическое исследование	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, глюкоза, креатинкиназа)	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
6.	Выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий (при отсутствии проведения на догоспитальном этапе в последние 12 месяцев)	Да/Нет
7.	Выполнена коронарография (при неэффективности медикаментозной терапии)	Да/Нет
8.	Проведена терапия лекарственными препаратами: ацетилсалициловой кислотой и гиполипидемическими и ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Проведена терапия лекарственными препаратами: бета-адреноблокаторами и/или блокаторами кальциевых каналов и/или нитратами и/или выполнено проведение эндоваскулярных методов лечения (при неэффективности медикаментозной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.9.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при хронической сердечной недостаточности (код по МКБ-10: I50.0)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено электрокардиографическое исследование	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (калий, натрий, креатинин, креатинкиназа, лактатдегидрогеназа, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование функции нефронов по клиренсу креатинина	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет

6.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
7.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
8.	Проведена терапия лекарственными препаратами: ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или бета-адреноблокаторами и/или альдостерона антагонистами и/или "петлевыми" диуретиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.9.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при левожелудочковой недостаточности (код по МКБ-10: I50.1)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-кардиологом не позднее 5 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено электрокардиографическое исследование не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено определение уровня тропонинов I, T в крови и/или определение уровня и активности креатинкиназы в крови	Да/Нет
4.	Выполнена пульсоксиметрия не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
5.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза)	Да/Нет
6.	Выполнена эхокардиография не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
8.	Проведена терапия лекарственными препаратами: опиоидами и/или нитратами и/или миолитиками и/или "петлевыми" диуретиками и/или адрено- и допаминомиметиками и/или кардиотониками внутривенно не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено ингаляторное введение кислорода (при сатурации менее 95%)	Да/Нет
10.	Выполнена неинвазивная искусственная вентиляция легких (при сатурации менее 90% на фоне ингаляторного введения кислорода и медикаментозной терапии)	Да/Нет
11.	Выполнен общий (клинический) анализ крови не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет

12.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (калий, натрий, глюкоза, мочеви́на, креатинин, билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
13.	Выполнено исследование функции нефронов по клиренсу креатинина не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
14.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет

3.9.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при миокардите (коды по МКБ-10: [I40](#); [I41*](#); [I51.4](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня тропонинов I, T в крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
4.	Выполнено определение антител к антигенам миокарда в крови	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
6.	Выполнена коронарография	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами: бета-блокаторами и/или диуретиками и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (при сердечной недостаточности и наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена временная электрокардиостимуляция (при брадикардии и/или блокаде, являющейся триггером желудочковой аритмии, в острую фазу миокардита или панкардита)	Да/Нет

3.9.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при гипертрофической кардиомиопатии (коды по МКБ-10: [I42.1](#); [I42.2](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-кардиологом	Да/Нет
2.	Выполнена электрокардиография не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
4.	Проведено холтеровское исследование	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет

	(креатинин, глюкоза, калий, натрий)	
6.	Выполнен анализ крови биохимический с целью определения липидного обмена	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами: бета-адреноблокаторами и/или блокаторами кальциевых каналов и/или ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или диуретиками (в режиме монотерапии или в режиме комбинированной терапии пациентам, при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнена консультация врачом-сердечно-сосудистым хирургом	Да/Нет

3.9.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при эмболии и тромбозе артерий (код по МКБ-10: I74)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено цветное дуплексное сканирование и/или ангиография пораженных сегментов артерий	Да/Нет
2.	Выполнено измерение систолического артериального давления и расчет лодыжечно-плечевого индекса на обеих ногах (при тромбозах и эмболиях артерий нижних конечностей)	Да/Нет
3.	Проведена консультация врачом-кардиологом	Да/Нет
4.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 6 часов от момента эмболии (тромбоза) (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Проведена терапия ацетилсалициловой кислотой (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы гепарины (при хирургическом вмешательстве и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено определение активированного частичного тромбопластинового времени в крови (АЧТВ) не реже 1 раз в 24 часа (при применении лекарственных препаратов группы гепарины)	Да/Нет
9.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.9.11. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при флебите и тромбофлебите, эмболии и тромбозе других вен (коды по МКБ-10: I80; I82)

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

1.	Выполнено цветное дуплексное сканирование вен и/или флебография	Да/Нет
2.	Проведена эластическая компрессия нижних конечностей	Да/Нет
3.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы гепарины и/или антикоагулянтными средствами непрямого действия (антагонистами витамина К) и/или нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами не позднее четырех часов от момента поступления в стационар (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено определение активированного частичного тромбопластинового времени в крови (АЧТВ) не реже 1 раза в 24 часа в случае применения лекарственных препаратов группы гепарины	Да/Нет
5.	Выполнено определение международного нормализованного отношения (МНО) не реже 1 раза в 72 часа (при применении антикоагулянтных лекарственных препаратов непрямого действия (антагонистов витамина К))	Да/Нет
6.	Отсутствие развития легочной эмболии в период госпитализации	Да/Нет
7.	Достигнуто целевое значение международного нормализованного отношения (МНО) (при применении антикоагулянтных лекарственных препаратов непрямого действия (антагонистов витамина К))	Да/Нет

3.9.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при варикозном расширении вен нижних конечностей (код по МКБ-10: I83)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено цветное дуплексное сканирование вен нижних конечностей	Да/Нет
2.	Выполнено флебосклерозирующее вмешательство или хирургическое вмешательство и/или консервативное лечение (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Проведена эластическая компрессия нижних конечностей	Да/Нет
4.	Отсутствие кровотечения из варикозных вен в период госпитализации	Да/Нет
5.	Отсутствие трофических нарушений или регресс трофических нарушений на момент выписки из стационара	Да/Нет
6.	Достигнута ликвидация патологических рефлюксов в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.9.13. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при закупорке и стенозе прецеребральных артерий, не приводящих к инфаркту мозга (код по МКБ-10: I65)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий	Да/Нет
2.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
3.	Выполнена коронарография	Да/Нет
4.	Выполнена консультация врачом-неврологом до хирургического вмешательства	Да/Нет
5.	Проведена терапия ацетилсалициловой кислотой (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы гепарины (при хирургическом вмешательстве и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено определение активированного частичного тромбопластинового времени в крови (АЧТВ) не реже 1 раза в 24 часа (при применении лекарственных препаратов группы гепарины)	Да/Нет
8.	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий не позднее 72 часов от момента хирургического вмешательства и перед выпиской из стационара (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
10.	Выполнено исследование времени свертывания крови не позднее 24 часов и повторно не позднее 72 часов от момента хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
11.	Достигнуто устранение стеноза после хирургического вмешательства по данным дуплексного сканирования в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
12.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
13.	Отсутствие тромбоза зоны реконструкции в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.9.14. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при атеросклерозе (код по МКБ-10: I70)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено электрокардиографическое исследование	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевины, глюкоза, креатинкиназа)	Да/Нет

3.	Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический	Да/Нет
4.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
6.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
7.	Выполнена цветное дуплексное сканирование и/или ангиография пораженных сегментов артерий	Да/Нет
8.	Выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий в случае отсутствия проведения данного исследования в течение 12 месяцев	Да/Нет
9.	Выполнено измерение систолического артериального давления и расчет лодыжечно-плечевого индекса на обеих ногах (при атеросклерозе артерий нижних конечностей)	Да/Нет
10.	Проведена терапия ацетилсалициловой кислотой (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Проведена терапия гиполипидемическими лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Проведена терапия лекарственными препаратами: ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы гепарины (при хирургическом вмешательстве и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
14.	Выполнено определение активированного частичного тромбопластинового времени в крови (АЧТВ) не реже 1 раз в 24 часа (при применении лекарственных препаратов группы гепарины)	Да/Нет
15.	Выполнено исследование функции нефронов по клиренсу креатинина после исследования с использованием контрастирующих веществ	Да/Нет
16.	Достигнуто устранение стеноза после хирургического вмешательства по данным дуплексного сканирования в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
17.	Отсутствие тромбоза зоны реконструкции в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
18.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
19.	Отсутствие кровотечения в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве и/или ангиографии)	Да/Нет
20.	Отсутствие формирования пульсирующей гематомы в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве и/или	Да/Нет

	ангиографии)	
--	--------------	--

3.9.15. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при варикозном расширении вен мошонки (код по МКБ-10: [I86.1](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки	Да/Нет
2.	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации	Да/Нет
4.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
КонсультантПлюс: примечание. Нумерация пунктов в таблице дана в соответствии с официальным текстом документа.		
6.	Отсутствие рецидива заболевания в период госпитализации	Да/Нет

3.10. Критерии качества при болезнях органов дыхания

3.10.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при остром эпиглоттите (коды по МКБ - 10: [J05.1](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врачом-педиатром или врачом-оториноларингологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнена пульсоксиметрия не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
5.	Выполнено парентеральное введение антибактериального лекарственного препарата не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
6.	Выполнена интубация трахеи (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
7.	Выполнено ингаляционное введение кислорода до достижения сатурации 92% и более (при сатурации менее 92%)	Да/Нет

3.10.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при остром тонзиллите

(коды по МКБ - 10: J03.0; J03.8 - J03.9)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнено бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам или экспресс-тест на бета-гемолитический стрептококк группы А	Да/Нет
3.	Выполнена антибактериальная терапия лекарственными препаратами группы пенициллины (при выявлении бета-гемолитического стрептококка группы А и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена антибактериальная терапия лекарственными препаратами группы макролиды или группы цефалоспорины I - II поколения или клиндамицином (при выявлении бета-гемолитического стрептококка группы А и наличии противопоказаний к лекарственным препаратам группы пенициллинов)	Да/Нет

3.10.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при остром обструктивном ларингите [крупе] (коды по МКБ - 10: J05.0)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-педиатром или врачом-оториноларингологом или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена терапия лекарственными препаратами группы ингаляционные глюкокортикостероиды или группы системные глюкокортикостероиды не позднее 30 минут от момента установления диагноза (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнена пульсоксиметрия не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 3 часов после поступления в стационар	Да/Нет
5.	Выполнено ингаляционное введение кислорода до достижения сатурации 92% и более (при сатурации менее 92%)	Да/Нет

3.10.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при остром бронхiolите (коды по МКБ - 10: J21)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
-------	-------------------	-------------------

1.	Выполнен осмотр врачом-педиатром или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена пульсоксиметрия не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнена контрольная пульсоксиметрия не реже 2 раз в 24 часа или мониторинг жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза)	Да/Нет
4.	Выполнено ингаляционное введение кислорода до достижения сатурации 92% и более (при сатурации менее 92%)	Да/Нет
5.	Выполнена искусственная вентиляция легких (при сатурации менее 86% на фоне ингаляционного введения кислорода)	Да/Нет
6.	Не выполнена терапия лекарственными препаратами группы ингаляционные глюкокортикостероиды (при отсутствии бронхолегочной дисплазии)	Да/Нет

3.10.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при остром бронхите (коды по МКБ - 10: [J20](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови (при повышении температуры тела выше 38,0 С)	Да/Нет
3.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки (при наличии лабораторных маркеров бактериальной инфекции)	Да/Нет
4.	Выполнено лечение лекарственными препаратами группы короткодействующие селективные бета ₂ -адреномиметики ингаляторно или комбинацией лекарственных препаратов группы селективные бета ₂ -адреномиметики и группы холинолитики (при наличии синдрома бронхиальной обструкции, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.10.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при спонтанном пневмотораксе (коды по МКБ - 10: [J93.0](#) - [J93.1](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография грудной клетки в прямой и боковой	Да/Нет

	проекциях не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	
3.	Выполнена пункция и/или дренирование плевральной полости не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое вмешательство (при неэффективности дренирования плевральной полости в течение 72 часов)	Да/Нет
5.	Выполнена контрольная рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях	Да/Нет
6.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
7.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации	Да/Нет
8.	Достигнуто расправление легкого на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.10.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при острой респираторной вирусной инфекции (коды по МКБ - 10: [J00](#); [J02.8](#) - [J02.9](#); [J04](#); [J06](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий анализ мочи (при повышении температуры тела выше 38 °С)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови (при повышении температуры тела выше 38,0 С)	Да/Нет
4.	Проведена элиминационная терапия (промывание полости носа физиологическим раствором или стерильным раствором морской воды) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение местными деконгестантами (сосудосуживающие капли в нос) коротким курсом от 48 до 72 часов (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.10.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при перитонзиллярном абсцессе (коды по МКБ - 10: [J36](#))

N п/п	Критерий качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-оториноларингологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 3 часов от момента установления диагноза	Да/Нет

4.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из полости абсцесса с определением чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам	Да/Нет
5.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.11. Критерии качества при заболеваниях органов пищеварения, в том числе болезнях полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования)

3.11.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при анальной трещине (коды по МКБ - 10: K60.0 - K60.2)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено трансректальное пальцевое исследование	Да/Нет
2.	Выполнена ректороманоскопия или аноскопия или колоноскопия	Да/Нет
3.	Выполнена профилометрия или сфинктерометрия	Да/Нет
4.	Проведена консервативная терапия в сочетании с медикаментозной релаксацией внутреннего сфинктера прямой кишки и/или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
6.	Достигнута самостоятельная дефекация на момент выписки из стационара	Да/Нет
7.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
8.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации	Да/Нет
9.	Отсутствие тромбозных осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.11.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при геморрое или периаанальном венозном тромбозе (коды по МКБ - 10: K64)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено трансректальное пальцевое исследование	Да/Нет
2.	Выполнена ректороманоскопия или аноскопия	Да/Нет
3.	Проведена консервативная терапия и/или малоинвазивное хирургическое вмешательство и/или хирургическое вмешательство (в	Да/Нет

	зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
4.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
5.	Достигнута самостоятельная дефекация на момент выписки из стационара	Да/Нет
6.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
7.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации	Да/Нет
8.	Отсутствие тромбозных осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.11.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при остром аппендиците (код по МКБ - 10: [K35](#))

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-хирургом (врачом-детским хирургом) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 2 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
5.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленного органа (ткани)	Да/Нет
6.	Выполнено бактериологическое исследование экссудата из брюшной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
7.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации	Да/Нет
8.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
9.	Отсутствие тромбозных осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.11.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром панкреатите (коды по МКБ - 10: [K85](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня амилазы в крови и в моче не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (билирубин, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, мочевины, глюкоза, калий) не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и/или лапароскопия и/или компьютерная томография органов брюшной полости не позднее 24 часов после поступления в стационар	Да/Нет
6.	Выполнено лечение лекарственным препаратом группы соматостатины не позднее 1 часа от момента установления диагноза	Да/Нет
7.	Начато проведение интенсивной консервативной терапии не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено бактериологическое исследование выпота из брюшной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
9.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами в послеоперационном периоде (при хирургическом вмешательстве и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.11.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при ущемленной грыже (коды по МКБ - 10: [K40.0](#); [K40.1](#); [K40.3](#); [K40.4](#); [K41.0](#); [K41.1](#); [K41.3](#); [K41.4](#); [K42.0](#); [K42.1](#); [K43.0](#); [K43.1](#); [K45.0](#); [K45.1](#); [K46.0](#); [K46.1](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-хирургом (врачом-детским хирургом) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до	Да/Нет

	хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	
4.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 2 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
5.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленного органа (ткани)	Да/Нет
6.	Выполнено бактериологическое исследование выпота из грыжевого мешка с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
7.	Отсутствие повторных хирургического хирургических вмешательств в период госпитализации	Да/Нет
8.	Отсутствие тромбозных осложнений в период госпитализации	Да/Нет
9.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.11.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при острой неопухоловой кишечной непроходимости (коды по МКБ - 10: [K56.0](#); [K56.2](#) - [K56.3](#))

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-хирургом (врачом детским-хирургом) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнена назогастральная декомпрессия не позднее 1 часа от момента установления диагноза	Да/Нет
4.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Начато проведение инфузионной терапии не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое вмешательство (при отсутствии эффекта в течение 6 часов от момента начала консервативной терапии)	Да/Нет
7.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленного органа (ткани) (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
8.	Выполнено бактериологическое исследование выпота из брюшной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

9.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
10.	Отсутствие тромбоемболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
11.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.11.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при язвенных гастроудоденальных и гастроюнальных кровотечениях (коды по МКБ - 10: K25.0; K25.4; K26.0; K26.4; K27.0; K27.4)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена эзофагогастроудоденоскопия не позднее 1,5 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнен эндоскопический гемостаз не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнена оценка риска рецидива кровотечения по Форесту	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 12 часов от момента поступления в стационар (при неэффективности эндоскопического гемостаза)	Да/Нет
6.	Выполнено внутривенное болюсное введение ингибиторов протонной помпы с последующей непрерывной инфузией на протяжении не менее 72 часов от момента выполнения эндоскопического гемостаза (при отсутствии медицинских противопоказаний и при высоком риске рецидива кровотечения и/или при наличии медицинских противопоказаний к хирургическому вмешательству)	Да/Нет
7.	Проведена инфузионно-трансфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.11.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при прободной язве (коды по МКБ - 10: K25.1 - K25.2; K25.5 - K25.6; K26.1 - K26.2; K26.5 - K26.6; K27.1 - K27.2; K27.5 - K27.6)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена обзорная рентгенография или компьютерная томография органов брюшной полости не позднее 1,5 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Проведена постоянная назогастральная аспирация желудочного	Да/Нет

	содержимого (при невозможности выполнения оперативного вмешательства)	
4.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
6.	Выполнено бактериологическое исследование выпота из брюшной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
7.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации	Да/Нет
8.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
9.	Отсутствие тромбозомических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.11.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром холецистите (коды по МКБ - 10: [K80.0](#); [K81.0](#))

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (билирубин, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, амилаза, мочевины, глюкоза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Начато проведение консервативной терапии не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое вмешательство (при отсутствии эффекта от консервативной терапии на протяжении 24 часов от момента поступления в стационар)	Да/Нет
6.	Выполнена интраоперационная холангиография во время хирургического вмешательства (при диаметре общего желчного протока свыше 10 мм)	Да/Нет
7.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата желчного пузыря (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

8.	Выполнено бактериологическое исследование экссудата из брюшной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
9.	Выполнена холецистостомия (при наличии медицинских противопоказаний к хирургическому вмешательству)	Да/Нет
10.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
11.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
12.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.11.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при инвагинации (коды по МКБ - 10: [K56.1](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-детским хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и/или рентгенография брюшной полости не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнена консервативная дезинвагинация не позднее 1 часа от момента установления диагноза	Да/Нет
5.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 1 часа после завершения консервативной дезинвагинации (при неэффективности консервативной дезинвагинации)	Да/Нет
7.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
8.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.11.11. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при язве желудка и/или двенадцатиперстной кишки (коды по МКБ - 10: [K25](#); [K26](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
-------	-------------------	-------------------

1.	Выполнено исследование материала желудка на наличие геликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>)	Да/Нет
2.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия	Да/Нет
3.	Проведена эрадикационная терапия (при выявлении геликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>))	Да/Нет
4.	Выполнено лечение лекарственными препаратами группы ингибиторы протонного насоса (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.11.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при желчнокаменной болезни [холелитиазе] (коды по МКБ - 10: **K80**)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, прямой билирубин, непрямо́й билирубин, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтранспептидаза, холестерин, триглицериды, липопротеины низкой плотности, липопротеины очень низкой плотности, липопротеины высокой плотности)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение лекарственным препаратом урсодезоксихолевой кислотой (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.11.13. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при гастроэзофагеальном рефлюксе (коды по МКБ - 10: **K21**)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено рентгенологическое исследование пищевода (при наличии дисфагии)	Да/Нет
2.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия	Да/Нет
3.	Выполнена биопсия слизистой оболочки пищевода (при желудочной и/или кишечной метаплазии)	Да/Нет
4.	Выполнено pH-метрическое исследование пищевода (при рефрактерном течении заболевания)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение лекарственными препаратами группы ингибиторы протонного насоса или лекарственными препаратами группы H ₂ -гистаминовые блокаторы (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.11.14. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при язве желудка, двенадцатиперстной кишки или гастроэюнальной язве без кровотечений и прободений (коды по МКБ - 10:

K25.3; K25.7; K25.9; K26.3; K26.7; K26.9; K27.3; K27.7; K27.9; K28.3; K28.7; K28.9)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия	Да/Нет
2.	Выполнена биопсия эндоскопическая из язвы (при ее локализации в желудке)	Да/Нет
3.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата тканей желудка	Да/Нет
4.	Выполнено исследование материала желудка на наличие геликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>)	Да/Нет
5.	Проведена эрадикационная терапия (при выявлении геликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>))	Да/Нет
6.	Выполнено лечение лекарственными препаратами группы ингибиторы протонного насоса или лекарственными препаратами группы H2-гистаминовые блокаторы (при отсутствии геликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>) и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.11.15. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при неосложненных грыжах передней брюшной стенки (коды по МКБ-10: [K40.2](#), [K40.9](#), [K41.2](#), [K41.9](#), [K42.9](#), [K43.9](#), [K45.8](#), [K46.9](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленного органа (ткани)	Да/Нет
3.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации	Да/Нет
4.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
5.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.11.16. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при перитоните (коды по МКБ-10: [K65](#), [K67*](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента	Да/Нет

	поступления в стационар	
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (билирубин, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, мочевины, амилаза, глюкоза) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 2 часов от момента установления диагноза (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено бактериологическое исследование экссудата из брюшной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
7.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами в послеоперационном периоде (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Начато проведение дезинтоксикационной терапии не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Отсутствие тромбозов и тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.11.17. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром парапроктите (код по МКБ-10: K61)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено трансректальное пальцевое исследование	Да/Нет
2.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при наличии отделяемого)	Да/Нет
3.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 4 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Достигнута нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет
5.	Достигнута нормализация уровня лейкоцитов в крови на момент выписки из стационара	Да/Нет
6.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

7.	Отсутствие тромбозомболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
----	---	--------

3.11.18. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при свище заднего прохода, прямокишечном свище, свище влагалищно-толстокишечном (коды по МКБ-10: [K60.3](#); [K60.4](#); [N82.3](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена аноскопия и/или ректороманоскопия	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование прямой кишки трансректальное и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза	Да/Нет
3.	Выполнена консультация врачом-акушером-гинекологом (при влагалищно-толстокишечном свище)	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое вмешательство или наложение дренирующей латексной лигатуры или формирование двустольной колостомы (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
6.	Отсутствие тромбозомболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.11.19. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при пилонидальной кисте (код по МКБ-10: [L05](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено трансректальное пальцевое исследование	Да/Нет
2.	Выполнена ректороманоскопия	Да/Нет
3.	Выполнено хирургическое вмешательство (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
5.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
6.	Отсутствие тромбозомболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.11.20. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезни Крона и язвенном колите (коды по МКБ-10: [K50](#); [K51](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
-------	-------------------	-------------------

1.	Выполнено трансректальное пальцевое исследование	Да/Нет
2.	Выполнена колоноскопия с илеоскопией (при отсутствии проведения на догоспитальном этапе в течение 3 месяцев)	Да/Нет
3.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при болезни Крона и при отсутствии проведения на догоспитальном этапе в течение 3 месяцев)	Да/Нет
4.	Выполнена биопсия слизистой оболочки кишки в зоне поражения (при проведении эндоскопического исследования при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование кала на наличие токсина А и В клостридии диффициле (<i>Clostridium difficile</i>) (при установлении диагноза и при рефрактерном течении заболевания)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
7.	Выполнена консультация врачом-дерматовенерологом (при гангренозной пиодермии и/или узловатой эритеме)	Да/Нет
8.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом (при увеите и/или иридоциклите)	Да/Нет
9.	Выполнена консультация врачом-ревматологом (при наличии суставного синдрома)	Да/Нет
10.	Выполнена консультация врачом-колопроктологом (при наличии свищей и/или перианальных проявлениях болезни Крона и/или при гормонзависимом или гормонрезистентном течении язвенного колита)	Да/Нет
11.	Выполнена компьютерная томография или магнитно-резонансная томография тонкой кишки (при болезни Крона и невозможности проведения илеоскопии)	Да/Нет
12.	Выполнена очаговая проба с туберкулином и/или аллергеном туберкулезным рекомбинантным (при терапии лекарственными препаратами группы иммунодепрессанты перед назначением препарата)	Да/Нет
13.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки (при терапии лекарственными препаратами группы иммунодепрессанты перед назначением лекарственного препарата)	Да/Нет
14.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы производных 5-аминосалициловой кислоты и/или системными глюкокортикостероидами и/или иммунодепрессантами и/или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
15.	Достигнуто уменьшение частоты дефекаций, исчезновение примеси крови в кале	Да/Нет

3.11.21. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при полипе

анального канала (код по МКБ-10: [K62.0](#))

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена ректороманоскопия и/или аноскопия	Да/Нет
2.	Выполнена биопсия полипа (при размере полипа более 3 см)	Да/Нет
3.	Выполнена колоноскопия	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое вмешательство (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено гистологическое исследование удаленного полипа (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
6.	Достигнута самостоятельная дефекация на момент выписки из стационара	Да/Нет
7.	Достигнуто отсутствие выделения слизи и крови из прямой кишки на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.11.22. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при выпадении прямой кишки (коды по МКБ-10: [K62.2](#); [K62.3](#))

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено трансректальное пальцевое исследование	Да/Нет
2.	Выполнена ректороманоскопия	Да/Нет
3.	Выполнено рентгенография прямой кишки с контрастированием (дефекография)	Да/Нет
4.	Выполнена профилометрия	Да/Нет
5.	Выполнен рентгеноконтроль прохождения контраста по толстой кишке	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое вмешательство (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами в послеоперационном периоде (при хирургическом вмешательстве и при наличии признаков местной воспалительной реакции)	Да/Нет
8.	Отсутствие выпадения прямой кишки из анального отверстия при натуживании на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.11.23. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при желчекаменной болезни [холелитиазе], холецистите (коды по МКБ-10: [K80.1](#); [K80.2](#); [K80.8](#); [K81.1](#); [K81.8](#); [K81.9](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (билирубин, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, амилаза, глюкоза)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение лекарственным препаратом урсодезоксихолевой кислоты или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена интраоперационная холангиография во время хирургического вмешательства (при диаметре общего желчного протока свыше 10 мм) (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
5.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата желчного пузыря (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
6.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
7.	Отсутствие тромбозов и тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
8.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.11.24. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при камнях желчного протока (коды по МКБ-10: [K80.3](#); [K80.4](#); [K80.5](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (билирубин, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, амилаза, глюкоза)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
3.	Выполнена магнитно-резонансная холангиопанкреатография	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое вмешательство (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.12. Критерии качества при болезнях кожи и подкожной клетчатки

3.12.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при острых гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей челюстно-лицевой области (коды по МКБ-10: [L02.0](#); [L03.2](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено вскрытие и дренирование гнойно-воспалительного очага не позднее 3 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
3.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из гнойно-воспалительного очага с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
4.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами в послеоперационном периоде (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Отсутствие тромбозомболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
6.	Отсутствие септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.12.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при острых гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей, абсцессе кожи, фурункуле и карбункуле, флегмоне (коды по МКБ-10: [L02.1](#); [L02.2](#); [L02.3](#); [L02.4](#); [L02.8](#); [L02.9](#); [L03.0](#); [L03.1](#); [L03.8](#); [L03.9](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (билирубин, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, мочевины, амилаза, глюкоза) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено вскрытие и дренирование гнойно-воспалительного очага не позднее 3 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
4.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из гнойно-воспалительного очага с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
5.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами в послеоперационном периоде (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Отсутствие септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
7.	Отсутствие тромбозомболических осложнений	Да/Нет

3.12.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при локализованной склеродермии [morphea] (код по МКБ-10: [L94.0](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, креатинин, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы топические и/или системные глюкокортикостероиды и/или лекарственными препаратами группы топические ингибиторы кальциневрина и/или антагонист фолиевой кислоты из группы антиметаболитов и/или фототерапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.12.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дерматите, вызванном веществами, принятыми внутрь (код по МКБ-10: L27)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, креатинин, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза)	Да/Нет
3.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы антигистаминные препараты и/или группы топические и/или системные глюкокортикостероиды (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Достигнут частичный или полный регресс высыпаний на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.12.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при дерматофитии (код по МКБ-10: B35)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при назначении системных противогрибковых лекарственных препаратов)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, креатинин, мочева кислота, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза) (при назначении системных противогрибковых лекарственных препаратов)	Да/Нет

3.	Выполнены микробиологическое (культуральное) и микроскопическое исследование биологического материала из очагов поражения на патогенные грибы	Да/Нет
4.	Выполнена люминесцентная диагностика (осмотр под лампой Вуда)	Да/Нет
5.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы противогрибковые (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено повторное микроскопическое исследование биологического материала из очагов поражения на патогенные грибы	Да/Нет
7.	Отрицательный результат микроскопического исследования на патогенные грибы в образце биологического материала на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.12.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при эритеме многоформной (код по МКБ-10: [L51](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, креатинин, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза)	Да/Нет
3.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы топические и/или системные глюкокортикостероиды (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Проведена терапия противовирусными лекарственными препаратами для системного применения и/или противогерпетическими лекарственными препаратами при ассоциации с вирусом простого герпеса (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.12.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при экземе (код по МКБ-10: [L30](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза)	Да/Нет
5.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы антигистаминные и/или группы топические и/или системные глюкокортикостероиды (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

6.	Достигнут частичный или полный регресс высыпаний на момент выписки из стационара	Да/Нет
----	--	--------

3.12.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при атопическом дерматите (код по МКБ-10: [L20](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, креатинин, мочева кислота, билирубин общий, холестерин общий, триглицериды, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы антигистаминные и/или топические глюкокортикостероиды и/или группы топические ингибиторы кальциневрина и/или группы иммунодепрессанты и/или фототерапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Достигнут частичный регресс высыпаний на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.12.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при атопическом дерматите (коды по МКБ-10: [L20.8](#); [L20.9](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-аллергологом-иммунологом и/или врачом-дерматовенерологом	Да/Нет
2.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы топические глюкокортикостероиды и/или группы топические глюкокортикостероиды в комбинации с другими лекарственными препаратами и/или группы топические ингибиторы кальциневрина (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Достигнуто уменьшение площади и выраженности высыпаний	Да/Нет

3.12.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при простом хроническом лишае и пчесухе (код по МКБ-10: [L28](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при	Да/Нет

	фототерапии)	
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза) (при фототерапии)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий (при фототерапии)	Да/Нет
4.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы антигистаминные и/или топические и/или системные глюкокортикостероиды и/или фототерапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.12.11. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при пиодермии (коды по МКБ-10: L00; L01; L08.0; L73.8; L74.8; L98.4; P39.4)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, глюкоза, креатинин, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого высыпных элементов кожи с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
5.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы топические и/или системные антибактериальные и/или антисептические (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Достигнут частичный или полный регресс высыпаний на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.12.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при параспориозе (код по МКБ-10: L41)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при фототерапии)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза) (при фототерапии)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при фототерапии)	Да/Нет

4.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы топические глюкокортикостероиды и/или фототерапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
----	--	--------

3.12.13. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при лишае красном плоском (код по МКБ-10: L43)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при фототерапии)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза) (при фототерапии)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий (при фототерапии)	Да/Нет
4.	Выполнена терапия лекарственными препаратами: группы топические и/или системные глюкокортикостероиды и/или фототерапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Достигнут частичный регресс высыпаний на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.12.14. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при псориазе (код по МКБ-10: L40)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, креатинин, мочева кислота, билирубин общий, холестерин общий, триглицериды, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнена терапия лекарственными препаратами группы топические глюкокортикостероиды и/или антагонистом фолиевой кислоты из группы антиметаболитов и/или группы ретиноиды и/или группы иммунодепрессанты и/или фототерапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Достигнут частичный или полный регресс высыпаний на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.12.15. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при псориазе (код по

МКБ-10: [L40](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-дерматовенерологом	Да/Нет
2.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы топические глюкокортикостероиды и/или кератолитические (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Достигнуто уменьшение распространенности и/или выраженности процесса	Да/Нет

3.12.16. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при крапивнице, ангионевротическом отеке (коды по МКБ-10: [L50](#); [T78.3](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы антигистаминные и/или группы системные глюкокортикостероиды и/или группы иммунодепрессанты (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врачом-терапевтом (педиатром) и/или аллергологом-иммунологом и/или врачом-дерматовенерологом (при повторных эпизодах крапивницы и/или ангионевротического отека)	Да/Нет
3.	Достигнуто исчезновение или уменьшение площади и выраженности высыпаний	Да/Нет

3.13. Критерии качества при болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани

3.13.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при юношеском [ювенильном] артрите (код по МКБ-10: [M08](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин, аспартат-трансаминаза, аланин-трансаминаза, ферритин, креатинин, мочевины, лактатдегидрогеназа, креатинкиназа, калий, натрий, ионизированный кальций)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня сывороточных иммуноглобулинов (Ig A, IgG, Ig M)	Да/Нет

5.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
6.	Выполнена очаговая проба с туберкулином и/или аллергеном туберкулезным рекомбинантным	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня ревматоидного фактора в крови	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня антинуклеарного фактора в крови	Да/Нет
9.	Выполнено определение антител к двуспиральной дезоксирибонуклеиновой кислоте в крови	Да/Нет
10.	Выполнено определение антител к циклическому цитрулиновому пептиду в крови	Да/Нет
11.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование почек и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства и малого таза и/или магнитно-резонансная томография с внутривенным болюсным контрастированием органов брюшной полости и забрюшинного пространства и малого таза	Да/Нет
12.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
13.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
14.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки	Да/Нет
15.	Выполнена рентгенография и/или компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография пораженных суставов (при наличии суставного синдрома)	Да/Нет
16.	Выполнена магнитно-резонансная томография крестцово-подвздошных сочленений (при ювенильном анкилозирующий спондилите (M08.1))	Да/Нет
17.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом	Да/Нет
18.	Выполнено исключение инфекционных заболеваний	Да/Нет
19.	Выполнено исключение заболеваний желудочно-кишечного тракта, включая воспалительные заболевания кишечника	Да/Нет
20.	Выполнено исключение онкологических заболеваний и гемабластозов	Да/Нет
21.	Не выполнено назначение антибактериальных лекарственных препаратов и/или антагониста фолиевой кислоты из группы антиметаболитов и/или лекарственных препаратов из группы аminosалициловой кислоты и аналогичных лекарственных препаратов и/или группы иммунодепрессантов и/или группы системные глюкокортикостероиды (на этапе установления диагноза и/или при другом юношеском артрите (M08.8) и юношеском артрите неуточненном (M08.9))	Да/Нет
22.	Проведена терапия нестероидными противовоспалительными	Да/Нет

	лекарственными препаратами (на этапе установления диагноза и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
23.	Выполнена терапия лекарственными препаратами: группы нестероидные противовоспалительные и/или антагонистом фолиевой кислоты из группы антиметаболитов и/или группы аминосалициловой кислоты и аналогичных лекарственных препаратов и/или группы иммунодепрессанты и/или группы системные глюкокортикостероиды (при подтвержденном диагнозе, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
24.	Проведена оценка эффективности и безопасности терапии	Да/Нет

3.13.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при остеомиелите (код по МКБ-10: M86)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография пораженной кости и смежных суставов в двух и более проекциях, в том числе функциональная	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография пораженной кости и/или ультразвуковое исследование пораженной кости и/или фистулография (при наличии свища)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ мочи общий	
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, общий белок, альбумин)	Да/Нет
6.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
7.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из очага с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при наличии свища или хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
8.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Проведена терапия антитромботическими лекарственными препаратами (при хирургическом вмешательстве и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнена эластическая компрессия нижних конечностей (при хирургическом вмешательстве и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Достигнута частичная или полная ремиссия патологического процесса на момент выписки из стационара	Да/Нет

12.	Достигнута полная или частичная опороспособность нижних конечностей, в том числе с использованием временных дополнительных средств фиксации (гипсовая лонгета, ортез, тугор, аппарат Илизарова) на момент выписки из стационара (при поражении кости нижней конечности)	Да/Нет
-----	---	--------

3.13.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при анкилозирующем спондилите (код по МКБ-10: [M45](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, глюкоза, холестерин, щелочная фосфатаза)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
5.	Выполнена оценка активности болезни с использованием индекса BASDAI	Да/Нет
6.	Выполнена обзорная рентгенография таза и/или магнитно-резонансная томография крестцово-подвздошного сочленения (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы нестероидные противовоспалительные препараты и/или антагонистом фолиевой кислоты из группы антиметаболитов и/или лекарственными препаратами из группы аминосалициловой кислоты и аналогичных лекарственных препаратов и/или препаратами группы иммунодепрессанты (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.13.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при сухом синдроме [Шегрена] (код по МКБ-10: [M35.0](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом	Да/Нет
3.	Выполнено определение слезовыделения (тест Ширмера)	Да/Нет
4.	Выполнено окрашивание эпителия роговицы/конъюнктивы раствором флюоресцеина	Да/Нет
5.	Выполнено определение времени разрыва прекорнеальной слезной пленки	Да/Нет

6.	Выполнена консультация врачом-стоматологом	Да/Нет
7.	Выполнена сиалометрия стимулированная	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование слюнных желез (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/нет
10.	Выполнен анализ мочи общий	Да/нет
11.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевины, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, щелочная фосфатаза, общий белок и белковые фракции, глюкоза)	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
13.	Выполнено исследование уровня ревматоидного фактора в крови	Да/Нет
14.	Выполнено исследование уровня антинуклеарного фактора в крови	Да/Нет
15.	Выполнено определение антител к Ro/SS-A, La/SS-B ядерным антигенам (при установлении диагноза)	Да/Нет
16.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы системные глюкокортикостероиды и/или алкилирующими средствами и/или группы моноклональные антитела (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17.	Выполнен повторный анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, глюкоза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза) не позднее 5 дней от момента начала терапии	Да/Нет

3.13.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при подагре, других кристаллических артропатиях (коды по МКБ-10: M10; M11)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, глюкоза, холестерин, мочевая кислота)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
5.	Выполнено исследование синовиальной жидкости и/или содержимого подкожного узла (тофуса) в поляризационном микроскопе и/или ультразвуковое исследование пораженных	Да/Нет

	суставов (при установлении диагноза)	
6.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы нестероидные противовоспалительные препараты и/или группы противоподагрические препараты и/или группы системные глюкокортикостероиды (парентерально и/или перорально и/или внутрисуставно) и/или группы моноклональные антитела (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Уменьшение количества припухших суставов на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.13.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при серопозитивном ревматоидном артрите и других ревматоидных артритах (коды по МКБ-10: M05; M06)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, глюкоза, холестерин)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня ревматоидного фактора в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено определение антител к циклическому цитрулиновому пептиду в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
7.	Выполнена оценка активности с использованием индекса DAS28	Да/Нет
8.	Выполнена рентгенография кистей и дистальных отделов стоп (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
9.	Проведена терапия лекарственными препаратами: антагонистом фолиевой кислоты из группы антиметаболитов и/или группы аминосалициловой кислоты и аналогичных лекарственных препаратов и/или группы аминоксалицилового и/или группы иммунодепрессанты и/или группы моноклональные антитела (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.13.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при узелковом полиартериите и родственных состояниях, других некротизирующих васкулопатиях (коды по МКБ-10: M30; M31)

N п/п	Критерии качества	Оценка
-------	-------------------	--------

		выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, общий белок, глюкоза, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование мочи методом Нечипоренко (при повышении креатинина в крови и/или протеинурии)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
7.	Выполнено определение в крови антител к цитоплазме нейтрофилов и/или антител к протеиназе-3 и миелопероксидазе	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня иммуноглобулина А (IgA) в крови	Да/Нет
9.	Выполнено исследование уровня криоглобулинов в крови	Да/Нет
10.	Выполнено определение в крови антител к базальной мембране клубочков (при впервые выявленных за последний месяц повышении креатинина в крови и/или кровохаркании)	Да/Нет
11.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
12.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
13.	Выполнена эхокардиография (при одышке или боли в области сердца или нарушении ритма сердца)	Да/Нет
14.	Выполнена консультация врачом-оториноларингологом	Да/Нет
15.	Выполнена компьютерная томография придаточных пазух носа и височных костей при некротизирующем поражении верхних дыхательных путей и/или снижении слуха длительностью более 3 месяцев (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
16.	Выполнена компьютерная томография глазниц (при птозе века и/или экзофтальме и при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
17.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга (при признаках очагового поражения головного мозга или при расстройствах зрения или слепоте и при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
18.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы системные глюкокортикостероиды и/или алкилирующими средствами и/или группы иммунодепрессанты и/или группы моноклональные антитела (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

19.	Выполнен повторный общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 5 дней от момента начала терапии	Да/Нет
-----	---	--------

3.13.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при системной красной волчанке (код по МКБ-10: [M32](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (альбумин, креатинин, мочевины, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, общий белок, креатинфосфокиназа, глюкоза, мочевины, мочевая кислота, холестерин)	Да/Нет
4.	Выполнен общий анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнено определение белка в суточной моче	Да/Нет
6.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации	Да/Нет
7.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
8.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
9.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
10.	Выполнено определение антител к двуспиральной дезоксирибонуклеиновой кислоте иммуноферментным методом	Да/Нет
11.	Выполнено исследование уровня антинуклеарного фактора в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
12.	Выполнена оценка активности по шкале SELENA SLEDAI	Да/Нет
13.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы системные глюкокортикостероиды и/или группы иммунодепрессанты и/или алкилирующими лекарственными препаратами и/или группы аминохинолины и/или группы моноклональные антитела (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.13.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при полиартрозе, коксартрозе [артроз тазобедренного сустава], гонартрозе [артроз коленного сустава], других артрозах (коды по МКБ-10: [M15.0](#); [M16.0](#); [M17.0](#); [M19.0](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет

3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, глюкоза, мочевая кислота, холестерин)	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография суставов (при гонартрозе - коленных суставов, при коксартрозе - тазобедренных суставов, при генерализованном (остео)артрозе наиболее пораженных суставов (при отсутствии проведения исследования в последние 12 месяцев)	Да/Нет
5.	Выполнена оценка выраженности боли в наиболее болезненном суставе по визуальной аналоговой шкале	Да/Нет
6.	Проведена терапия лекарственными препаратами: производными аминифенола и/или группы нестероидные противовоспалительные и/или группы системные глюкокортикостероиды (периартикулярно и/или внутрисуставно) и/или прочими лекарственными препаратами для лечения заболеваний костно-мышечной системы и/или группы противовоспалительные и противоревматические в комбинации с другими лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.13.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при системном склерозе и диффузном (эозинофильном) фасциите (коды по МКБ-10: [M34](#); [M35.4](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (альбумин, креатинин, мочевины, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, общий белок, креатинфосфокиназа, глюкоза, мочевая кислота, холестеорин)	Да/Нет
3.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
4.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
5.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня антинуклеарного фактора в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы простагландины (при наличии медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.13.11. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при псориатическом артрите (коды по МКБ-10: [L40.5](#); [M07.0*](#) - [M07.3*](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка
-------	-------------------	--------

		выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнена консультация врачом-дерматовенерологом (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, щелочная фосфотаза, глюкоза, мочевая кислота, холестерин)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня ревматоидного фактора в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено определение антител к циклическому цитрулиновому пептиду в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
8.	Выполнена оценки общего состояния здоровья и выраженности боли по визуальной аналоговой шкале	Да/Нет
9.	Выполнена оценка активности болезни с использованием индекса BASDAI (при спондилите)	Да/Нет
10.	Выполнена рентгенография кистей и дистальных отделов стоп (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
11.	Выполнена обзорная рентгенография таза и/или магнитно-резонансная томография крестцово-подвздошного сочленения (при спондилите и при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
12.	Выполнена оценка числа болезненных и припухших суставов	Да/Нет
13.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы нестероидные противовоспалительные и/или антагонистом фолиевой кислоты из группы антиметаболитов и/или группы системные глюкокортикостероиды (периартикулярно и/или внутрисуставно) и/или группы аминосалициловой кислоты и аналогичными лекарственными препаратами и/или группы иммунодепрессанты (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.13.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезни Бехчета (код по МКБ-10: M35.2)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом	Да/Нет

3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, щелочная фосфатаза, глюкоза, мочевая кислота, холестерин)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
6.	Выполнена оценка общего состояния здоровья по визуальной аналоговой шкале	Да/Нет
7.	Выполнена оценка активности болезни с использованием индекса BDNCF	Да/Нет
8.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы системные глюкокортикостероиды (парентерально и/или перорально) и/или группы ингибиторы кальциневрина и/или группы иммунодепрессанты и/или алкилирующими лекарственными препаратами и/или группы моноклональные антитела (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.14. Критерии качества при болезнях мочеполовой системы

3.14.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при почечной колике (коды по МКБ - 10: [N23](#))

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-урологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей и обзорная урография (рентгенография мочевыделительной системы) и/или внутривенная урография и/или компьютерная томография почек и мочевыводящих путей с контрастированием не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено введение лекарственных препаратов группы нестероидные противовоспалительные средства или лекарственных препаратов группы наркотические анальгетики не позднее 1 часа от момента установления диагноза (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено дренирование верхних мочевыводящих путей (при отсутствии эффекта от медикаментозной терапии в течение 6 часов)	Да/Нет
5.	Выполнена контрольная обзорная урография (рентгенография мочевыделительной системы) (при проведении дренирования верхних мочевыводящих путей)	Да/Нет
6.	Отсутствие острого обструктивного пиелонефрита в период госпитализации	Да/Нет

3.14.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при остром почечном повреждении (коды по МКБ - 10: N17.0 - N17.2; N 17.8 - N17.9)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-нефрологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при наличии диуреза)	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня креатинина, мочевины, калия, натрия в крови, исследование концентрации водородных ионов (pH) крови, исследование уровня лактата в крови) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
5.	Выполнен биохимический анализ мочи с определением осмолярности, осмотического концентрационного индекса (отношения осмолярности мочи к осмолярности плазмы крови), концентрационного индекса креатинина (отношения креатинина мочи к креатинину плазмы крови), относительной плотности мочи, концентрации в моче натрия, фракционной экскреции натрия	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнено определение нейтрофильного желатиназо-ассоциированного липокалина в крови и моче	Да/Нет
8.	Выполнена ультразвуковая доплерография сосудов почек не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
9.	Выполнена биоимпедансметрия и/или измерение центрального венозного давления и/или прицельная рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
10.	Выполнена консультация врача-уролога (врача-детского уролога-андролога) не позднее 1 часа от момента установления диагноза (при постренальной форме острого почечного повреждения)	Да/Нет
11.	Выполнено определение объема мочи в течение 12 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
12.	Выполнена оценка темпа диуреза за 6 часов	Да/Нет
13.	Достигнуто восстановление пассажа мочи не позднее 12 часов от момента поступления в стационар (при постренальной форме острого почечного повреждения)	Да/Нет

14.	Выполнено контрольное исследование уровня креатинина в крови не позднее 24 часов от первого исследования	Да/Нет
15.	Выполнена интермитирующая или продолженная или продленная терапия методами диализа (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
16.	Достигнута доза Kt/V 3,9 в неделю (при интермитирующей или продолженной терапии методами диализа)	Да/Нет
17.	Достигнут объем энфлюэнта не менее 20 мл/кг/час за процедуру (при продленной терапии методами диализа)	Да/Нет

3.14.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при мочекаменной болезни (коды по МКБ - 10: N20 - N22)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врача-детского уролога-андролога не позднее 1 часа от момента поступления	Да/Нет
2.	Выполнен анализ мочи общий не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня экскреции солей в моче не позднее 72 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнено бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при наличии лейкоцитурии и/или гематурии)	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевая кислота, ионизированный кальций, натрий, калий, магний)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня паратиреоидного гормона в крови (при выявлении гиперкальциурии)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
8.	Выполнена обзорная урография (рентгенография мочевыделительной системы) и/или внутривенная урография и/или компьютерная томография почек и мочевыводящих путей с контрастированием	Да/Нет

3.14.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при рецидивирующей и устойчивой гематурии (коды по МКБ - 10: N02)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врача-нефролога	Да/Нет

2.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
3.	Выполнено микроскопическое исследование осадка мочи (исследование морфологии эритроцитов в моче с определением процента дисморфных форм)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня экскреции солей в моче	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочеви́на, моче́вая кислота, общий белок)	Да/Нет
7.	Выполнено определение антистрептолизина-О в сыворотке крови (при доле дисморфных эритроцитов более 50% в моче)	Да/Нет
8.	Выполнено определение уровня С3-компонента комплемента (при доле дисморфных эритроцитов более 50% в моче)	Да/Нет
9.	Выполнено определение международного нормализованного отношения (при доле дисморфных эритроцитов более 50% в моче)	Да/Нет
10.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей и/или обзорная урография (рентгенография мочевыделительной системы) и/или компьютерная томография почек и мочевыводящих путей с контрастированием	Да/Нет

3.14.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при инфекции мочевыводящих путей (коды по МКБ - 10: N10 - N11; N30; N39.0)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ мочи общий не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочеви́на)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови (при повышении температуры тела выше 38,0 °С)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
6.	Выполнено бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
7.	Выполнена терапия антибактериальными лекарственными препаратами не позднее 3 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
8.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый повторно	Да/Нет

	не позднее 120 часов от момента начала терапии антибактериальными лекарственными препаратами (при пиелонефрите)	
9.	Выполнен анализ мочи общий повторно не позднее 120 часов от момента начала терапии антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет
10.	Выполнено контрольное ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей (при пиелонефрите)	Да/Нет
11.	Достигнута нормализация уровня лейкоцитов в моче на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.14.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при туболоинтерстициальном нефрите (коды по МКБ-10: N10; N11)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен анализ мочи общий не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, глюкоза)	Да/Нет
6.	Начата терапия антибактериальными лекарственными препаратами не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый повторно не позднее 120 часов от момента начала терапии антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет
8.	Выполнен анализ мочи общий повторно не позднее 120 часов от момента начала терапии антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет
9.	Достигнута нормализация уровня лейкоцитов в моче на момент выписки из стационара	Да/Нет
10.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.14.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при мочекаменной болезни (коды по МКБ-10: N20 - N22)

N п/п	Критерии 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 (мочевая кислота, креатинин, мочеви́на)	Да/Нет
4.	Выполнено бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при лейкоцитурii)	Да/Нет
5.	Выполнена обзорная урография (рентгенография мочевого выделительной системы) и/или внутривенная урография и/или компьютерная томография почек и мочевыводящих путей с контрастированием	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое вмешательство, направленное на восстановление пассажа мочи и/или удаление камня (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
7.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
9.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
10.	Отсутствие повторных вмешательств за время госпитализации	Да/Нет

3.14.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при неуточненной гематурии (код по МКБ-10: R31)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей и/или компьютерная томография почек и мочевыводящих путей с контрастированием не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен анализ мочи общий с определением гемоглобина не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Отсутствие тампонады мочевого пузыря в период госпитализации	Да/Нет

3.14.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при гидронефрозе (коды по МКБ-10: N13.0; N13.1)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
-------	-------------------	-------------------

1.	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленных тканей	Да/Нет
3.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
4.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.14.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при недержании мочи у женщин (код по МКБ-10: [N39.4](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование мочевыводящих путей с измерением остаточного объема мочи	Да/Нет
2.	Выполнены урофлоуметрия и/или цистометрия наполнения и опорожнения и/или цистоскопия	Да/Нет
3.	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
5.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.14.11. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (код по МКБ-10: [N40](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование мочевыводящих путей и ультразвуковое исследование предстательной железы трансректальное	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня общего простатоспецифического антигена в крови	Да/Нет
3.	Выполнена урофлоуметрия	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленных тканей	Да/Нет
6.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
7.	Отсутствие острой задержки мочи	Да/Нет

8.	Отсутствие тромбоемболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
----	--	--------

3.14.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гидроцеле и сперматоцеле (код по МКБ-10: [N43](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки	Да/Нет
2.	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленного органа (ткани)	Да/Нет
4.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации	Да/Нет
5.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.14.13. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при неопущении яичка (код по МКБ-10: [Q53](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование органов малого таза и ультразвуковое исследование органов мошонки и/или лапароскопия	Да/Нет
2.	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.14.14. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при перекручивании яичка (код по МКБ-10: [N44](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-детским-хирургом и/или врачом-детским урологом-андрологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских	Да/Нет

	противопоказаний)	
4.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 2 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
5.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленного органа (ткани)	Да/Нет
6.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации	Да/Нет
7.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.14.15. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при избыточной крайней плоти, фимозе, парафимозе и баланопостите (коды по МКБ-10: [N47](#); [N48.1](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-хирургом (врачом-детским хирургом) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено консервативное лечение антибактериальными и/или анальгетическими лекарственными препаратами или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено устранение ущемления головки полового члена не позднее 1 часа от момента установления диагноза (при парафимозе)	Да/Нет
4.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации	Да/Нет
5.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.14.16. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при орхите и эпидидимите (код по МКБ-10: [N45](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-хирургом (врачом-детским хирургом) и/или врачом-урологом-андрологом (врачом-детским урологом-андрологом) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами и/или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование	Да/Нет

	препарата удаленного органа (ткани)	
6.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации	Да/Нет
7.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.14.17. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при болезнях почечного трансплантата (коды по МКБ-10: Z94.0; T86.1; N16.5*)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-нефрологом	
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевины, мочевая кислота, общий белок, альбумин, холестерин, липопротеины высокой плотности, липопротеины низкой плотности, триглицериды, калий, натрий)	Да/Нет
5.	Выполнено определение белка в суточной моче	Да/Нет
6.	Выполнено определение концентрации иммунодепрессантов в крови	Да/Нет
7.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей	Да/Нет
9.	Выполнено дуплексное сканирование артерий почек	Да/Нет
10.	Выполнена биопсия трансплантата почки (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнена микроскопия препарата тканей трансплантата почки и/или иммуноморфологическое исследование тканей трансплантата почки и/или цитологическое исследование препарата тканей трансплантата почки и/или гистологическое исследование препарата тканей трансплантата почки и/или гистохимическое исследование препарата тканей трансплантата почки (при биопсии почки)	Да/Нет
12.	Проведена терапия лекарственными препаратами: ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или группы системные глюкокортикостероиды и/или иммунодепрессантами (при отторжении трансплантата почки, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при пиелонефрите трансплантата почки и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.14.18. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при нефротическом и нефритическом синдромах (коды по МКБ-10: N00; N01; N03; N04; N05)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-нефрологом	Да/Нет
2.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнено определение водного баланса	Да/Нет
5.	Выполнено определение белка в суточной моче	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочеви́на, мочева́я кислота, общий белок, альбумин, холестерин, липопротеины высокой плотности, липопротеины низкой плотности, триглицериды, калий, натрий)	Да/Нет
7.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации	Да/Нет
8.	Выполнена биопсия почки (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнена микроскопия препарата тканей почки и/или иммуноморфологическое исследование тканей почки и/или цитологическое исследование препарата тканей почки и/или гистологическое исследование препарата тканей почки и/или гистохимическое исследование препарата тканей почки (при биопсии почки)	Да/Нет
10.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы системные глюкокортикостероиды и/или иммунодепрессантами и/или ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или алкилирующими и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.14.19. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при хронической почечной недостаточности (код по МКБ-10: N18)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-нефрологом (при стадии 3, 4, 5)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ мочи общий (при отсутствии анурии)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочеви́на, мочева́я кислота, общий белок, альбумин, глюкоза, холестерин, липопротеины высокой плотности,	Да/Нет

	липопротеины низкой плотности, триглицериды, калий, натрий)	
5.	Выполнено определение белка в суточной моче	Да/Нет
6.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование почек	Да/Нет
8.	Выполнена эхокардиография (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
9.	Выполнена электрокардиография (при стадии 3, 4, 5)	Да/Нет
10.	Выполнено исследование уровня паратиреоидного гормона в крови (при стадии 4, 5) (при отсутствии проведения в последние 3 месяца)	Да/Нет
11.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (ферритин, насыщение трансферрина железом, щелочная фосфатаза, кальция, фосфора, бикарбонат) (при стадии 3, 4, 5)	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня 25-ОН витамина D в крови (при стадии 3, 4, 5 и при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
13.	Выполнена рентгенография брюшного отдела аорты (при стадии 3, 4, 5 и при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
14.	Проведена терапия лекарственными препаратами: ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или блокаторами кальциевых каналов и/или бета-адреноблокаторами и/или диуретиками (при повышенном артериальном давлении, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
15.	Проведена терапия лекарственными препаратами железа и/или эпоэтином бета (при анемии, при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16.	Проведена терапия минерально-костных нарушений лекарственными препаратами для лечения гиперфосфатемии и/или препаратами кальция и/или антипаратиреоидными гормонами и/или препаратами группы витамина D и его аналогов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17.	Проведена терапия лекарственными препаратами ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы (при гиперхолестеринемии и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
18.	Выполнена терапия методами диализа (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет

3.14.20. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при эндометриозе
 (код по МКБ-10: N80)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
-------	-------------------	-------------------

1.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное	Да/Нет
2.	Выполнена гистероскопия (при аденомиозе)	Да/Нет
3.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
4.	Отсутствие тромбозомболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
5.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.14.21. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при доброкачественном новообразовании яичника, невоспалительных болезнях яичника, маточной трубы и широкой связки матки (коды по МКБ-10: [D27](#); [N83.0](#); [N83.1](#); [N83.2](#); [N83.4](#); [N83.5](#); [N83.6](#); [N83.7](#); [N83.8](#); [N83.9](#))

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

3.15. Критерии качества при беременности, родах и послеродовом периоде

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

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

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

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Вызван второй врач-акушер-гинеколог или вторая акушерка не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
2.	Вызван врач-анестезиолог-реаниматолог не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
3.	Выполнено ингаляционное введение кислорода не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
4.	Выполнено введение уретнических лекарственных препаратов не позднее 10 минут от момента установления диагноза (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено введение двух внутривенных катетеров не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
6.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза) не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
7.	Выполнена катетеризация мочевого пузыря не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
8.	Выполнен наружно-внутренний массаж и компрессия матки не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
9.	Выполнено удаление остатков плацентарной ткани и сгустков не позднее 10 минут от момента установления диагноза (при наличии остатков плацентарной ткани и сгустков)	Да/Нет
10.	Выполнено зашивание разрывов мягких родовых путей не позднее 10 минут от момента установления диагноза (при наличии разрывов мягких родовых путей)	Да/Нет

11.	Выполнена тромбоэластограмма	
12.	Выполнена коррекция нарушений в системе гемостаза (при наличии нарушений в системе гемостаза)	Да/Нет
13.	Проведена инфузионно-трансфузионная терапия	Да/Нет
14.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 20 минут от момента установления диагноза при массивной кровопотере, превышающей 30% объема циркулирующей крови (при неэффективности консервативного лечения)	Да/Нет
15.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
16.	Выполнено определение основных групп крови и резус-принадлежности	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено измерение гликемии не реже 4 раз в 24 часа ежедневно	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина (HbA1c)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (белок, общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды, билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, мочевины, креатинин, калий, натрий)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
5.	Выполнен общий анализ мочи	Да/Нет
6.	Выполнено исследование на микроальбуминурию (при сроке беременности до 22 недель)	Да/Нет
7.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации	Да/Нет
8.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное определение гемостаза)	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование плода (при сроке беременности 22 недели и более)	Да/Нет
10.	Выполнена консультация врача-офтальмолога	Да/Нет
11.	Выполнен расчет индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина и целевые значения гликемии натощак и через 1 час после еды и на ночь	Да/Нет
12.	Выполнена отмена гипогликемических лекарственных препаратов,	Да/Нет

	кроме инсулина (в случае приема пациентом)	
13.	Выполнена терапия лекарственными препаратами группы инсулина и их аналогов и/или диетотерапия (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
14.	Достигнуты индивидуальные целевые значения гликемии натощак и через 1 час после еды и на ночь	Да/Нет

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

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование плода	Да/Нет
3.	Выполнена кардиотокография плода	Да/Нет

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

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 15 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови	Да/Нет
4.	Выполнено определение основных групп крови (A, B, 0) и определение резус-принадлежности	Да/Нет
5.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при нарушенной беременности)	Да/Нет
6.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 72 часов от момента хирургического вмешательства или появления кровяных выделений (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
8.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

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

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

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

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 15 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет

2.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное (при удовлетворительном состоянии)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
5.	Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и определение резус-принадлежности	Да/Нет
6.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
7.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 48 часов от момента хирургического вмешательства или появления кровяных выделений (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено повторное ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное	Да/Нет
9.	Отсутствие тромбозмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
10.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

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

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар или установления диагноза	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
5.	Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и определение резус-принадлежности	Да/Нет
6.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) и/или тромбоэластограмма	Да/Нет
7.	Выполнено ингаляционное введение кислорода не позднее 10 минут от момента установления диагноза (при сатурации менее 92%)	Да/Нет

8.	Выполнено введение внутривенного катетера не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
9.	Выполнено введение лекарственных препаратов группы окситоцина и его аналогов и/или группы утеротонизирующие не позднее 10 минут от момента установления диагноза (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Проведена инфузионно-трансфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнена коррекция нарушений в системе гемостаза (при наличии нарушений в системе гемостаза)	Да/Нет
12.	Выполнена катетеризация мочевого пузыря не позднее 30 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
13.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза) не позднее 10 мин от момента установления диагноза	Да/Нет
14.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
15.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
16.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 48 часов от момента хирургического вмешательства или появления кровяных выделений (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17.	Отсутствие тромбозомболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
18.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

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

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 30 мин от момента поступления в стационар или установления диагноза	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет

4.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови	Да/Нет
6.	Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и определение резус-принадлежности	Да/Нет
7.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
8.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
9.	Выполнена санация гнойного очага	Да/Нет
10.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнено повторное исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови	Да/Нет
12.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 48 часов от момента хирургического вмешательства или появления кровяных выделений (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Отсутствие тромбоемболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
14.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.15.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при предлежании плаценты с кровотечением, преждевременной отслойке плаценты, дородовом кровотечении (коды по МКБ-10: [O44.1](#); [O45](#); [O46](#))

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

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

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

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена установка внутривенного катетера роженице	Да/Нет
2.	Выполнена аускультация плода с помощью стетоскопа и/или кардиотокография плода	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование плода не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
4.	Выполнено ведение партограммы	Да/Нет
5.	Выполнено введение лекарственных препаратов группы окситоцин и его аналогов роженице не позднее 1 минуты от момента рождения ребенка (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено пережатие пуповины новорожденного не ранее 60 секунд и не позднее 3 минут от момента рождения	Да/Нет
7.	Выполнено выделение последа не позднее 30 минут от момента рождения ребенка	Да/Нет
8.	Выполнено исследование плаценты послеродовое	Да/Нет
9.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 72 часов от момента родоразрешения (при рождении резус-положительного ребенка и при отсутствии резус-антител в крови и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

10.	Выполнено ушивание разрывов мягких тканей родовых путей и/или шейки матки (при наличии разрывов мягких тканей родовых путей и/или шейки матки и/или при разрезе промежности (эпизиотомии)) не позднее 60 минут от момента родоразрешения	Да/Нет
11.	Выполнена оценка состояния новорожденного (спонтанное дыхание, сердечные сокращения, цвет кожных покровов) в конце первой минуты от момента рождения	Да/Нет

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

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена аускультация плода с помощью стетоскопа и/или кардиотокография плода (не позднее 30 минут до хирургического вмешательства)	Да/Нет
2.	Выполнена установка внутривенного катетера роженице	Да/Нет
3.	Выполнена постановка мочевого катетера роженице	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый роженице	Да/Нет
5.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) и/или тромбоэластограмма (при плановом хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
6.	Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и определение резус-принадлежности роженице	Да/Нет
7.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до оперативного родоразрешения (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена инфузионно-трансфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено пережатие пуповины новорожденного не ранее 30 секунд и не позднее 1 минуты от момента рождения	Да/Нет
10.	Выполнено введение лекарственных препаратов группы окситоцин и его аналогов роженице внутривенно медленно не позднее 1 минуты от момента извлечения плода (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнена оценка состояния новорожденного (спонтанное дыхание, сердечные сокращения, цвет кожных покровов) в конце первой минуты от момента рождения	Да/Нет
12.	Выполнено исследование плаценты послеродовое	Да/Нет
13.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 72 часов от момента	Да/Нет

	родоразрешения (при рождении резус-положительного ребенка и при отсутствии резус-антител в крови и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
14.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый родильницы не позднее 72 часов от момента оперативного родоразрешения	Да/Нет
15.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при субфебрильной температуре тела в течение 72 часов от момента оперативного родоразрешения)	Да/Нет
16.	Температура тела не выше 37,2 °С на момент выписки из стационара	Да/Нет
17.	Отсутствие тромбоемболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
18.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

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

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

	медицинских противопоказаний)	
9.	Отсутствие тромбозмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
10.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Проведена терапия антигипертензивными лекарственными препаратами не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при тяжелой преэклампсии и эклампсии и при артериальном давлении более 140/90 мм. рт. ст. и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено введение Магния сульфата внутривенно медленно не позднее 30 минут от момента поступления (при тяжелой преэклампсии и эклампсии и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование плода не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при удовлетворительном состоянии)	Да/Нет
5.	Выполнена кардиотокография плода не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при сроке беременности более 32 недель (при удовлетворительном состоянии)	Да/Нет
6.	Выполнена оценка степени нарушения сознания по шкале Глазко не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнена искусственная вентиляция легких (при оценке по шкале Глазго ниже 8 баллов и/или серии судорожных приступов)	Да/Нет
8.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериальное давление, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза) (при тяжелой преэклампсии и эклампсии)	Да/Нет
9.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
10.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
11.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, общего билирубина, свободного и связанного билирубина, аспартат-трансаминаза, аланин-трансаминаза, креатинин, мочевиная кислота, лактатдегидрогеназа, натрий, калий)	Да/Нет

12.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) и/или тромбозластограмма	Да/Нет
13.	Выполнено определение белка в суточной моче	Да/Нет
14.	Проведена антигипертензивная терапия антиадренергическими лекарственными препаратами центрального действия и/или селективным блокатором кальциевых каналов с преимущественным влиянием на сосуды и/или бета-адреноблокаторами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
15.	Проведена антенатальная терапия лекарственными препаратами группы системные глюкокортикостероиды (при сроке гестации менее 34 недель и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16.	Выполнено родоразрешение при нарастании тяжести преэклампсии	Да/Нет
17.	Отсутствие тромбоземболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
18.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

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

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, общий белок, мочевины, креатинин, калий, натрий) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка и/или прокальцитонина в крови	Да/Нет
5.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
6.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из полости матки с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
7.	Выполнено бактериологическое исследование крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
8.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ, SB, ВВ, SO ₂ , НbО)	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости	Да/Нет

	(комплексное) и ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное и/или магнитно-резонансная томография брюшной полости и органов малого таза	
10.	Выполнено электрокардиографическое исследование	Да/Нет
11.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза)	Да/Нет
12.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Проведена инфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

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

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

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

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

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка физического развития новорожденного по центильным таблицам при рождении	Да/Нет
2.	Выполнена оценка гестационного возраста и физического развития новорожденного по шкале Балларда не позднее 36 часов от момента рождения	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин, креатинин, мочевины) не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
4.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ) не реже 1 раза в 24 часа (при дыхательной недостаточности)	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
6.	Выполнена нейросонография	Да/Нет
7.	Выполнено измерение массы тела не реже 1 раза в 24 часа	Да/Нет

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

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman при рождении	Да/Нет
2.	Выполнена профилактика гипотермии с использованием пластиковой пленки (пакета) при рождении (при сроке гестации менее 28 недель и/или массе тела при рождении менее 1000 грамм)	Да/Нет
3.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (пульса, дыхания, уровня насыщения кислородом в крови) в течение не менее 48 часов от момента рождения (у новорожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ) не реже 1 раза в 24 часа (при дыхательной недостаточности)	Да/Нет
5.	Выполнено ингаляционное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии показаний)	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ развернутый с подсчетом нейтрофильного индекса не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24	Да/Нет

	часов от момента рождения (при дыхательной недостаточности)	
8.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин, креатинин, мочевины) не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
9.	Выполнено выхаживание с сохранением температурного баланса до достижения массы тела 1,9 кг и более (при массе тела менее 1,9 кг)	Да/Нет
10.	Выполнена нейросонография	Да/Нет
11.	Выполнена эхокардиография (у новорожденных с экстремально низкой массой тела при рождении)	Да/Нет
12.	Выполнена оценка гестационного возраста и физического развития новорожденных по шкале Балларда не позднее 36 часов от момента рождения	Да/Нет
13.	Выполнено измерение массы тела не реже 1 раза в 24 часа	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка состояния новорожденного по шкале Апгар на 1 и 5 минуте жизни	Да/Нет
2.	Выполнена оценка состояния новорожденного по шкале Апгар на 10 минуте жизни (при оценке по шкале Апгар ниже 4 баллов на 5 минуте жизни)	Да/Нет
3.	Выполнена нейросонография не позднее 72 часов от момента рождения	Да/Нет
4.	Выполнена консультация врача-невролога не позднее 24 часов от момента проведения нейросонографии	Да/Нет
5.	Выполнена повторная нейросонография не позднее 96 часов от момента проведения предыдущей нейросонографии	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
7.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, лактат, мочевины, калий, натрий, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин) не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
8.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ) не позднее 6 часов от момента рождения или не позднее 5 минут от момента рождения при оценке по шкале Апгар ниже 3 баллов	Да/Нет

9.	Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
10.	Выполнено повторное исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ) не реже 4 раз в 24 часа при оценке по шкале Апгар ниже 3 баллов	Да/Нет
11.	Выполнена терапия противоэпилептическими лекарственными препаратами (при судорожном синдроме и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

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

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman (для недоношенных) или шкале Downes (для доношенных) (не позднее 2 часов и повторно не позднее 6, 12 и 24 часов от момента рождения)	Да/Нет
2.	Выполнена пульсоксиметрия с мониторингом частоты сердечных сокращений не позднее 1 минуты от момента выявления дыхательных нарушений по шкале Silverman (для недоношенных) или шкале Downes (для доношенных)	Да/Нет
3.	Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии показаний)	Да/Нет
4.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, пульса)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ) не реже 1 раза в 24 часа (при дыхательной недостаточности)	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часа от момента выявления дыхательных нарушений	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента выявления дыхательных нарушений	Да/Нет
8.	Отсутствие развития синдрома "утечки воздуха"	Да/Нет

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

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman	Да/Нет

2.	Выполнена пульсоксиметрия с мониторингом частоты сердечных сокращений не позднее 1 минуты от момента выявления дыхательных нарушений	Да/Нет
3.	Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
4.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, пульса)	Да/Нет
5.	Выполнено введение сурфакта (при наличии показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (Ph, PaCO ₂ , PaO ₂ , BE) не позднее 3 час от момента выявления дыхательных нарушений по шкале Silverman	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента выявления дыхательных нарушений по шкале Silverman	Да/Нет
8.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента выявления дыхательных нарушений по шкале Silverman	Да/Нет
9.	Отсутствие развития синдрома "утечки воздуха"	Да/Нет

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

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman (для недоношенных) или шкале Downes (для доношенных) при рождении	Да/Нет
2.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови) в течение 24 часов от момента рождения	Да/Нет
3.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (pH, PaCO ₂ , PaO ₂ , BE) не реже 1 раза в 24 часа (при дыхательной недостаточности)	Да/Нет
4.	Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
5.	Выполнено бактериологическое исследование мокроты или трахеального аспирата на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
6.	Выполнено бактериологическое исследование крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и	Да/Нет

	другим лекарственным препаратам	
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с определением нейтрофильного индекса не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
8.	Выполнен повторный анализ крови развернутый с определением нейтрофильного индекса не позднее 72 часов от момента предыдущего исследования	Да/Нет
9.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
10.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет
11.	Отсутствие развития синдрома "утечки воздуха"	Да/Нет

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

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman (для недоношенных) или шкале Downes (для доношенных) (не позднее 2 часов от момента рождения и повторно не позднее 6 часов и 24 часов от момента рождения)	Да/Нет
2.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови) (при дыхательной недостаточности)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ) не реже 2 раз в 24 часа (при дыхательной недостаточности)	Да/Нет
4.	Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
5.	Выполнено бактериологическое исследование крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с определением нейтрофильного индекса не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
8.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет

3.16.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при бронхолегочной

дисплазии, возникшей в перинатальном периоде (код по МКБ-10: P27.1)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки	Да/Нет
3.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови) и/или пульсоксиметрия не реже 2 раз в 24 часа	Да/Нет
4.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ)	Да/Нет
5.	Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии показаний)	Да/Нет
6.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
7.	Выполнена терапия лекарственными препаратами группы системные глюкокортикостероиды или группы ингаляционные глюкокортикостероиды (при дыхательной недостаточности в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение лекарственными препаратами: группы короткодействующие селективные бета 2-адреномиметики ингаляторно или комбинацией лекарственных препаратов группы селективные бета 2-адреномиметики и группы холинолитики (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет

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

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение протромбинового времени и/или протромбинового индекса и/или международного нормализованного отношения	Да/Нет
2.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, пульса)	Да/Нет
3.	Выполнена нейросонография не позднее 24 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
4.	Выполнена консультация врача-невролога не позднее 24 часов от момента проведения нейросонографии	Да/Нет
5.	Выполнена повторная нейросонография не позднее 72 часов от момента проведения предыдущей нейросонографии	Да/Нет

6.	Выполнена терапия лекарственными препаратами группы Витамин К и другие системные гемостатики (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Отсутствие прогрессирования кровоизлияния	Да/Нет

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

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

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

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

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

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

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

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

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена нейросонография не позднее 24 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
2.	Выполнена консультация врача-невролога не позднее 24 часов от момента проведения нейросонографии	Да/Нет
3.	Выполнена повторная нейросонография не позднее 48 часов от момента проведения предыдущей нейросонографии	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, лактат, мочеви́на, калий, натрий, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин) не позднее 24 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
6.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ) не позднее 6 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
7.	Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
8.	Выполнена терапия противоэпилептическими лекарственными препаратами (при судорожном синдроме и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.17. Критерии качества при симптомах, признаках и отклонениях от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках

3.17.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при задержке мочи (код по МКБ - 10: R33)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-урологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование мочевого пузыря не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнена катетеризация мочевого пузыря уретральным катетером не позднее 1 часа от момента установления диагноза (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

4.	Выполнена суправезикальная деривация мочи (цистостомия) не позднее 24 часов от момента поступления в стационар (при невозможности выполнить катетеризацию мочевого пузыря уретральным катетером или наличии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Проведена терапия альфа-адреноблокаторами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено удаление уретрального катетера через 72 часа после назначения терапии альфа-адреноблокаторами катетера (в случае, если он был установлен)	Да/Нет
7.	Выполнена суправезикальная деривация мочи (цистостомия) (при отсутствии самостоятельного мочеиспускания после удаления уретрального катетера)	Да/Нет

3.18. Критерии качества при травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин

3.18.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при черепно-мозговой травме (коды по МКБ - 10: [S02.0](#); [S06](#); [S07.1](#); [S07.8](#))

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-нейрохирургом и/или врачом-травматологом-ортопедом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго	Да/Нет
3.	Выполнена интубация трахеи и искусственная вентиляция легких (при оценке по шкале Глазго 9 баллов и ниже)	Да/Нет
4.	Выполнен нейромониторинг, мониторинг дыхания, кровообращения, оксигенации крови (при оценке Глазго 8 баллов и ниже)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография головного мозга не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
6.	Выполнена контрольная компьютерная томография или магнитно-резонансная компьютерная томография (при хирургическом вмешательстве по поводу внутричерепной гематомы)	Да/Нет
7.	Отсутствие пролежней в период госпитализации	Да/Нет
8.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.18.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при закрытой травме глаза и глазницы (коды по МКБ - 10: [S00.1](#); [S05.1](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-офтальмологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
3.	Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения	Да/Нет
4.	Выполнена офтальмоскопия глазного дна	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование глаза	Да/Нет
6.	Выполнена первичная хирургическая обработка контузионных разрывов склеры не позднее 6 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы диуретики и/или группы кортикостероиды и/или группы нестероидные противовоспалительные препараты и/или ангиопротекторами и/или группы антиоксиданты и/или ферментами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Достигнуто рассасывание гифемы на момент выписки из стационара	Да/Нет
9.	Достигнуто рассасывание гемофтальма на момент выписки из стационара	Да/Нет
10.	Достигнуто купирование отека сетчатки на момент выписки из стационара	Да/Нет
11.	Достигнута нормализация внутриглазного давления на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.18.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при ожогах глаз (коды по МКБ - 10: [T26.0](#) - [T26.8](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-офтальмологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения	Да/Нет
3.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
4.	Выполнена флюоресцеиновая проба	Да/Нет
5.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами и/или терапия нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами и/или кортикостероидными лекарственными препаратами и/или стимуляторами репарации и/или кератопротекторами (в зависимости	Да/Нет

	от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
6.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 6 часов от момента поступления в стационар (при тяжелых и особо тяжелых ожогах)	Да/Нет
7.	Достигнута эпителизация поверхности конъюнктивы и роговицы на момент выписки из стационара	Да/Нет
8.	Достигнуто купирование ишемии сосудов конъюнктивы и лимба на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.18.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломах костей верхних и нижних конечностей и костей плечевого пояса (коды по МКБ - 10: [S42](#); [S52](#); [S62](#); [S72](#); [S82](#); [S92](#); [T02.2](#) - [T02.6](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-травматологом-ортопедом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено обезболивание не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография и/или ультразвуковое исследование (при внутрисуставных переломах)	Да/Нет
5.	Выполнена стабилизация и/или репозиция и/или иммобилизация перелома и/или хирургическое вмешательство не позднее 3 часов с момента поступления в стационар (в зависимости от медицинских показаний)	Да/Нет
6.	Достигнута стабилизация и/или репозиция перелома на момент выписки из стационара	Да/Нет
7.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
8.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.18.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при анафилактическом шоке (коды по МКБ - 10: [T78.0](#); [T78.2](#); [T80.5](#); [T88.6](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Прекращено поступление предполагаемого аллергена не позднее 30 секунд от момента установления диагноза	Да/Нет

2.	Выполнено парентеральное введение эпинефрина не позднее 3 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
3.	Выполнено парентеральное введение лекарственных препаратов группы системные глюкокортикостероиды не позднее 5 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
4.	Налажен венозный доступ не позднее 10 минут от момента установления диагноза или сохранен венозный доступ в случае внутривенного введения лекарственного препарата, вызвавшего анафилактический шок	Да/Нет
5.	Выполнена укладка больного в положение лежа на спине под углом 45° с приподнятым по отношению к голове тазом (положение Тренделенбурга) не позднее 1 минуты от момента установления диагноза	Да/Нет
6.	Выполнено мониторирование артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений	Да/Нет
7.	Стабилизированы гемодинамические показатели: артериальное давление у взрослых и детей старше 10 лет - систолическое выше 100 мм рт. ст., у детей до 10 лет выше 90 мм рт. ст., пульс не реже 60 ударов в минуту	Да/Нет

3.18.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при токсическом действии алкоголя (код по МКБ - 10: T51)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-токсикологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 15 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено промывание желудка зондовое не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (если это не было проведено на этапе первичной медико-санитарной помощи)	Да/Нет
3.	Проведен форсированный диурез с ощелачиванием мочи не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
КонсультантПлюс: примечание. Нумерация пунктов в таблице дана в соответствии с официальным текстом документа.		
5.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ, SB, BB, SO ₂ , HbO) не позднее 1-го часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови не позднее 1-го часа от момента поступления в стационар	Да/Нет

7.	Выполнено исследование уровня этанола, метанола в крови (газо-жидкостная хроматография) не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня этанола, метанола в моче (газо-жидкостная хроматография) не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
9.	Выполнено исследование уровня 2-пропанола, сивушных масел в крови (газо-жидкостная хроматография)	Да/Нет
10.	Выполнено электрокардиографическое исследование не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
11.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар (в состоянии комы)	Да/Нет
12.	Выполнена рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
13.	Выполнена оценка гематокрита	Да/Нет
14.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
15.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, креатинфосфокиназа, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, общий белок, мочевины, креатинин, калий, натрий, кальций) не менее 2 раз за период госпитализации	Да/Нет
16.	Выполнен общий анализ мочи	Да/Нет
17.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
18.	Выполнено внутривенное капельное введение дезинтоксикационных лекарственных препаратов (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
19.	Проведена терапия гепатопротекторами (при повышении аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы и щелочной фосфатазы более чем в 2 раза и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
20.	Проведена терапия лекарственными препаратами для коррекции водно-электролитных расстройств (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
21.	Выполнено исследование уровня миоглобина в моче (при повышении уровня креатинфосфокиназы и креатинина и мочевины более чем в 2 раза)	Да/Нет
22.	Достигнута нормализация показателей гомеостаза на момент выписки из стационара	Да/Нет
23.	Достигнуто восстановление сознания на момент выписки из стационара	Да/Нет

24.	Выполнена искусственная вентиляция легких при коме (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
-----	--	--------

3.18.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при открытой травме глаза и глазницы (коды по МКБ-10: [S05.2](#) - [S05.8](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения	Да/Нет
2.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
3.	Выполнен флюоресцентный тест Зайделя	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография глазницы	Да/Нет
5.	Выполнена хирургическая обработка раны или инфицированной ткани не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
6.	Проведена терапия лекарственными препаратами: антибактериальные и/или группы нестероидные противовоспалительные и/или группы глюкокортикостероиды и/или группы кератопротекторы (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Достигнута герметизация раны на момент выписки из стационара	Да/Нет
8.	Достигнуто восстановление передней камеры на момент выписки из стационара	Да/Нет
9.	Достигнута нормализация внутриглазного давления на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.18.8. Вывихи, растяжения и повреждения капсульно-связочного аппарата и мышц конечностей (коды по МКБ-10: [S43](#); [S46](#); [S53](#); [S56](#); [S63](#); [S66](#); [S73](#); [S76](#); [S83](#); [S86](#); [S96](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-травматологом-ортопедом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено обезболивание не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография и/или ультразвуковое исследование (в зависимости от медицинских показаний)	Да/Нет
5.	Выполнено устранение вывиха и/или стабилизация и/или	Да/Нет

	иммобилизация и/или хирургическое вмешательство (при наличии от медицинских показаний)	
6.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами в случае хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
8.	Отсутствие тромбозомболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.18.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе скуловой кости и верхней челюсти, переломе нижней челюсти (коды по МКБ-10: [S02.4](#); [S02.6](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-челюстно-лицевым хирургом и/или врачом-стоматологом (врачом-стоматологом детским) и/или врачом-травматологом-ортопедом не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография костей лицевого скелета не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнена репозиция и (или) стабильная фиксация костных отломков	Да/Нет
4.	Отсутствие тромбозомболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
5.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.18.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при отравлениях противосудорожными, седативными, снотворными и противопаркинсоническими средствами и отравлениях психотропными средствами, не классифицированных в других рубриках (коды по МКБ-10: [T42](#); [T43](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-токсикологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено определение наличия и уровня лекарственных средств и/или психоактивных веществ и/или их метаболитов в моче не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН,	Да/Нет

	PaCO ₂ , PaO ₂ , BE, SB, BB, SO ₂ , HbO) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар и повторно не позднее 24 часов от момента предыдущего исследования (при отравлении тяжелой степени тяжести)	
5.	Выполнено оценка гематокрита (при отравлении тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при отравлении тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)	Да/Нет
7.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, фракции билирубина, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, креатинфосфокиназа, общий белок, белковые фракции, мочевины, креатинин, амилаза, уровень общего кальция, калия, натрия) (при отравлении тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)	Да/Нет
8.	Выполнен анализ мочи общий (при отравлении тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)	Да/Нет
9.	Выполнена рентгенография черепа не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при нарушении сознания)	Да/Нет
10.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
11.	Выполнена электрокардиография не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар (при отравлении трициклическими антидепрессантами и/или амфетаминами не менее 2 раз или мониторингирование)	Да/Нет
12.	Выполнена консультация врачом-психиатром (при отравлении амфетаминами, противопаркинсоническими средствами)	Да/Нет
13.	Выполнено введение специфических антидотов (в зависимости от медицинских показаний и отсутствия медицинских противопоказаний)	Да/Нет
14.	Выполнено введение 4% раствора натрия гидрокарбоната внутривенно капельно не позднее 30 минут от момента установления диагноза отравление амитриптилином (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
15.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы симптоматические противоядия при отравлении амитриптилином средней и тяжелой степени тяжести (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16.	Проведена терапия лекарственными препаратами для коррекции водно-электролитных расстройств не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17.	Начато проведение форсированного диуреза не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
18.	Выполнено промывание желудка зондовое не позднее 30 минут от	Да/Нет

	момента поступления в стационар (при отсутствии проведения на догоспитальном этапе)	
19.	Выполнена энтеросорбция и фармакологическая стимуляция кишечника не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести)	Да/Нет
20.	Выполнен кишечный лаваж не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при отравлении тяжелой степени тяжести)	Да/Нет
21.	Выполнена искусственная вентиляция легких при коме (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
22.	Выполнена экстракорпоральная детоксикация (гемодиафильтрация и (или) гемосорбция и (или) гемодиализ) (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
23.	Достигнуто устойчивое восстановление жизненно важных функций	Да/Нет

3.18.11. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при токсическом действии окиси углерода (код по МКБ-10: T58)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-токсикологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено исследование карбоксигемоглобина в крови не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня этанола в крови (газо-жидкостная хроматография) не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при нарушении сознания)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня этанола в моче (газо-жидкостная хроматография) не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при нарушении сознания)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при нарушении сознания)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ, SB, BB, SO ₂ , HbO) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар и повторно не позднее 24 часов от момента предыдущего исследования (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести)	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
8.	Выполнена оценка гематокрита (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)	Да/Нет
9.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, фракции билирубина, креатинфосфокиназа,	Да/Нет

	общий белок, белковые фракции, амилаза, мочевины, креатинин, калий, натрий, кальций) (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)	
10.	Выполнен анализ мочи общий (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)	Да/Нет
11.	Выполнена рентгенография черепа не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при нарушении сознания)	Да/Нет
12.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести)	Да/Нет
13.	Выполнена фибробронхоскопия диагностическая не позднее 1 часа от момента поступления в стационар из очага пожара	Да/Нет
14.	Выполнена электрокардиография не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
15.	Выполнено исследование уровня миоглобина в моче (при повышении уровня креатинфосфокиназы и креатинина и мочевины более чем в 2 раза)	Да/Нет
16.	Выполнено введение специфических антидотов (кислород нормобарический и детоксицирующих лекарственных препаратов) не позднее 5 минут от момента поступления в стационар и/или гипербарическая оксигенация не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести)	Да/Нет
17.	Проведена терапия лекарственными препаратами для коррекции водно-электролитных расстройств не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
18.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование гемостаза) (при отравлении тяжелой степени тяжести)	Да/Нет
19.	Выполнена искусственная вентиляция легких (при коме)	Да/Нет
20.	Восстановление сознания, адекватного поведения (у больных, находившихся в коме, токсической энцефалопатии) при условии госпитализации и начала антидотной и патогенетической терапии не позднее 4 - 6 часов после удаления пострадавшего из очага действия окиси углерода	Да/Нет
21.	Достигнуто устойчивое восстановление жизненно важных функций	Да/Нет

3.18.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при отравлении наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами] (код по МКБ-10: T40)

N п/п	Критерии качества				Оценка выполнения
1.	Выполнен	осмотр	врачом-токсикологом	и/или	Да/Нет

	врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	
2.	Выполнено определение наличия и уровня лекарственных препаратов и/или психоактивных веществ и/или их метаболитов в моче не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня этанола в крови (газо-жидкостная хроматография) не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при нарушении сознания)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня этанола в моче (газо-жидкостная хроматография) не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при нарушении сознания)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня глюкозы в крови не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
6.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО ₂ , РаО ₂ , ВЕ, SB, BB, SO ₂ , HbO) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар и повторно не позднее 24 часов от момента предыдущего исследования (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня миоглобина в моче (при отравлении синтетическими каннабимиметиками и/или при наличии признаков позиционной травмы)	Да/Нет
8.	Выполнена оценка гематокрита (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)	Да/Нет
9.	Общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
10.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, фракции билирубина, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, креатинфосфокиназа, общий белок, белковые фракции, мочевины, креатинин, амилаза, уровень общего кальция, калия, натрия) (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)	Да/Нет
11.	Выполнен анализ мочи общий (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)	Да/Нет
12.	Выполнена рентгенография черепа не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при нарушении сознания)	Да/Нет
13.	Выполнено рентгенография органов грудной клетки не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
14.	Выполнена электрокардиография не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар (при отравлении кокаином не менее 2 раз или мониторингирование)	Да/Нет
15.	Выполнена консультация врачом-психиатром (при отравлении психодислептиками и/или синтетическими каннабимиметиками и/или кокаином)	Да/Нет

16.	Выполнено введение лекарственных препаратов группы симптоматические противоядия и/или искусственная вентиляция легких не позднее 3 минут от момента поступления в стационар (при отравлении опиоидами, сопровождающемся нарушением дыхания и/или комой)	Да/Нет
17.	Проведена терапия производными бензодиазепина (при отравлении психодислептиками и/или синтетическими каннабимиметиками и/или кокаином и при наличии психомоторного возбуждения)	Да/Нет
18.	Начато проведение форсированного диуреза с ощелачиванием мочи не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
19.	Выполнен кишечный лаваж (при отравлении метадонном)	Да/Нет
20.	Проведена терапия лекарственными препаратами для коррекции водно-электролитных расстройств	Да/Нет
21.	Выполнено введение лекарственных препаратов янтарной кислоты для парентерального введения (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести)	Да/Нет
22.	Выполнена искусственная вентиляция легких при коме (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
23.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование гемостаза) (при отравлении тяжелой степени тяжести)	Да/Нет
24.	Достигнуто устойчивое восстановление жизненно важных функций	Да/Нет