Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Количество пересечений потоков при проведении диспансеризации, профилактических осмотров с иными потоками пациентов в поликлинике»

для медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь взрослому населению

Наименование структурного подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Перечень мероприятий оцениваемого процесса | Наименование кабинета/ его номер | Организация устранения пересечения потоков пациентов | | Наличие пересечений потоков  (да/нет) |
| в пространстве  (да/нет) | во времени  (да/нет) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Обращение в регистратуру |  |  |  |  |
| Определение уровня глюкозы крови экспресс-методом |  |  |  |  |
| Определение уровня общего холестерина крови экспресс-методом |  |  |  |  |
| Забор крови (с целью выполнения общего анализа крови, определения уровня глюкозы и общего холестерина крови, ПСА) |  |  |  |  |
| Взятие мазка с поверхности шейки матки |  |  |  |  |
| Электрокардиография |  |  |  |  |
| Измерение внутриглазного давления |  |  |  |  |
| Флюорография |  |  |  |  |
| Маммография |  |  |  |  |
| Эзофагогастродуоденоскопия |  |  |  |  |
| Краткое профилактическое консультирование |  |  |  |  |
| Осмотр врача-терапевта |  |  |  |  |
| Осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом |  |  |  |  |
| Общее количество пересечений: | | | |  |
| Достижение целевого значения (да/нет): | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ФИО, должность  специалиста, проводившего оценку |  | Подпись |  | ФИО, должность  представителя медицинской организации |  | подпись |

Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Количество пересечений потоков при проведении диспансеризации, профилактических осмотров с иными потоками пациентов в поликлинике»

для медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь детскому населению

Наименование структурного подразделения МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Перечень мероприятий оцениваемого процесса | Наименование кабинета и его номер | Организация устранения пересечения потоков пациентов | | Наличие пересечений потоков (да/нет) | |
| в пространстве  (да/нет) | во времени  (да/нет) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Обращение в регистратуру |  |  |  |  | |
| Осмотр врача-педиатра |  |  |  |  | |
| Осмотр врача - детского хирурга |  |  |  |  | |
| Осмотр врача-стоматолога детского |  |  |  |  | |
| Осмотр врача-невролога |  |  |  |  | |
| Осмотр врача - детского уролога-андролога |  |  |  |  | |
| Осмотр врача-акушера-гинеколога |  |  |  |  | |
| Осмотр врача-травматолога-ортопеда |  |  |  |  | |
| Осмотр врача-офтальмолога |  |  |  |  | |
| Осмотр врача-оториноларинголога |  |  |  |  | |
| Взятие крови для общего анализа |  |  |  |  | |
| Исследование уровня глюкозы в крови |  |  |  |  | |
| Эхокардиография |  |  |  |  | |
| Электрокардиография |  |  |  |  | |
| Ультразвуковое исследование почек |  |  |  |  | |
| Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов |  |  |  |  | |
| Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы, органов репродуктивной сферы |  |  |  |  | |
| Нейросонография |  |  |  |  | |
| Флюорография |  |  |  |  | |
| Общее количество пересечений: | | | | |  | |
| Достижение целевого значения (да/нет): | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ФИО, должность  специалиста, проводившего оценку |  | Подпись |  | ФИО, должность  представителя медицинской организации |  | подпись |

Проверочный лист достижения целевого значения критерия

«Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий на соответствующий календарный год   
и плановый период»

Наименование структурного подразделения МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование и № кабинета | Организация устранения пересечения потоков пациентов | | Наличие пересечений потоков (да/нет) |
| в пространстве: наличие отдельного кабинета (да/нет) | во времени: выделенного времени приема (да/нет) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Общее количество пересечений: | | |  |
| Достижение целевого значения (да/нет): | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ФИО, должность  специалиста, проводившего оценку |  | Подпись |  | ФИО, должность  представителя медицинской организации |  | подпись |

Проверочный лист достижения целевого значения критерия

«Количество мест в зоне (зонах) комфортного ожидания»

Наименование структурного подразделения МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Плановая мощность поликлиники | Расчетное количество мест в зоне (зонах) комфортного ожидания, ед. | Соответствие зоны (зон) комфортного ожидания формату «минимум»  (да/нет) | Фактическое количество мест в зоне (зонах) комфортного ожидания, ед. |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |
| Достижение целевого значения (да/нет): | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ФИО, должность  специалиста, проводившего оценку |  | Подпись |  | ФИО, должность  представителя медицинской организации |  | подпись |

Проверочный лист достижения целевого значения критерия  
«Организация системы навигации»

Наименование структурного подразделения МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Точки ветвления маршрутов | Конечные точки маршрутов | | | Результат по каждой точке ветвления маршрута,  сек. |
| Кабинет  № \_\_\_, сек. | Кабинет № \_\_\_, сек. | Кабинет № \_\_\_, сек. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Этаж 1 | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Этаж \_\_\_ | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Этаж \_\_\_ | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Этаж \_\_\_ | | | | |
| Время принятия решения в точках ветвления маршрутов: | | | |  |
| Достижение целевого значения (да/нет): | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ФИО, должность  специалиста, проводившего оценку |  | Подпись |  | ФИО, должность  представителя медицинской организации |  | подпись |

Проверочный лист достижения целевого значения критерия  
«Организация системы информирования в медицинской организации»

Наименование структурного подразделения МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| Элемент информации | Требования | | | | Выполнение требований (да/нет) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наличие (да/нет) | Уместность (да/нет) | Актуальность (да/нет) | Доступность (да/нет) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Полная информация о медицинской организации (полное наименование, структура, система управления, место нахождения обособленных подразделений, сведения о медицинских работниках, контактные телефоны, электронная почта, почтовый адрес, график приема граждан руководителем) |  |  |  |  |  |
| Копия свидетельства государственной регистрации медицинской организации |  |  |  |  |  |
| Копия действующей лицензии с приложениями |  |  |  |  |  |
| Информация о вышестоящих и контролирующих организациях |  |  |  |  |  |
| Информация о противодействии коррупции |  |  |  |  |  |
| Информация о возможности ознакомления с нормативными правовыми актами в фронт-офисе |  |  |  |  |  |
| Информация о страховых медицинских организациях, осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации |  |  |  |  |  |
| Информация о видах оказываемой медицинской помощи |  |  |  |  |  |
| Информация о порядке, об объемах и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с ПГГ и ТПГГ |  |  |  |  |  |
| Информация о показателях доступности и качества медицинской помощи, установленных ТПГГ |  |  |  |  |  |
| Информация о маршрутизации пациентов в условиях конкретной поликлиники (медицинской организации) |  |  |  |  |  |
| Информация о правилах записи на первичный прием, консультации, обследования |  |  |  |  |  |
| Информация о внеочередном приеме (оказании медицинской помощи) отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации (Федеральный закон от 12.01.1995 № 5-ФЗ «О ветеранах», Федеральный закон от 20.07.2012 №125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов», Закон РФ от 15.01.1993 № 4301-1 «О статусе Героев Советского Союза, Героев Российской Федерации и полных кавалеров ордена Славы», Закон РФ от 15.05.1991 № 1244-1 «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС»; Закон РФ «О внесении и дополнений в Закон РСФСР «О реабилитации жертв политических репрессий», Указ Президента Российской Федерации от 02.10.1992 № 1157 «О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов») |  |  |  |  |  |
| Информация о сроках и порядке проводимой диспансеризации |  |  |  |  |  |
| Информация о проведении вакцинации |  |  |  |  |  |
| Информационные плакаты о здоровом образе жизни |  |  |  |  |  |
| Информация о льготном лекарственном обеспечении (в том числе перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов) |  |  |  |  |  |
| Информация о правилах предоставления платных медицинских услуг (образец договора), (для размещения в медицинских организациях, оказывающих данный вид услуг) |  |  |  |  |  |
| Процент наличия элементов информации, % | | | | |  |
| Достижение целевого значения (да/нет): | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ФИО, должность  специалиста, проводившего оценку |  | Подпись |  | ФИО, должность  представителя медицинской организации |  | подпись |

Проверочный лист достижения целевого значения критерия

«Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по времени и по предварительной записи»

Наименование структурного подразделения МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование специальности | Наименование кабинета и его номер | Организация амбулаторного приема плановых пациентов | | | | Достижение целевого значения (да/нет) |
| по предварительной записи | | строго по времени | |
| (да/нет) | (%) | (да/нет) | (%) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Достижение целевого значения (да/нет): | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ФИО, должность  специалиста, проводившего оценку |  | Подпись |  | ФИО, должность  представителя медицинской организации |  | подпись |

Проверочный лист достижения целевого значения критерия

«Обеспечение удаленной записи на прием в медицинские организации»

Наименование структурного подразделения МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Количество пациентов, предварительно записанных на прием всеми доступными способами, человек | Количество пациентов, предварительно записанных на прием при обращении в регистратуру, человек | Доля записей, произведенных без посещения регистратуры, % | Достижение целевого значения (да/нет) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ФИО, должность  специалиста, проводившего оценку |  | Подпись |  | ФИО, должность  представителя медицинской организации |  | подпись |

Проверочный лист достижения целевого значения критерия  
«Обеспечение выполнения профилактического осмотра или первого этапа диспансеризации взрослого населения за минимальное

количество посещений»

для медицинской организации,

оказывающей первичную медико-санитарную помощь взрослому населению

Наименование структурного подразделения МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Номер медицинской карты пациента | Диспансеризация/ профилактический медицинский осмотр | Возраст, лет | Пол (м/ж) | Количество посещений, ед. | Достижение целевого значения (да/нет) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Достижение целевого значения (да/нет): | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ФИО, должность  специалиста, проводившего оценку |  | Подпись |  | ФИО, должность  представителя медицинской организации |  | подпись |