

**Проверочный лист достижения целевого значения критерия
«Количество пересечений потоков пациентов при проведении профилактического медицинского осмотра, первого
этапа диспансеризации с иными потоками пациентов в поликлинике»**

(для медицинских организаций, проводящих профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию взрослого населения)

Наименование поликлиники _____ Дата: _____

Перечень мероприятий оцениваемого процесса	Номер кабинета или его наименование	Организация разделения потоков пациентов		Наличие пересечений потоков (Да/Нет)
		в пространстве (Да/Нет)	во времени (Да/Нет)	
1	2	3	4	5
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, единица:				
Достижение целевого значения (Да/Нет):				

ФИО, должность проводившего оценку _____

ФИО, должность представителя поликлиники _____

Подпись _____

Подпись _____

**Проверочный лист достижения целевого значения критерия
«Количество пересечений потоков пациентов при проведении профилактического медицинского осмотра, первого
этапа диспансеризации с иными потоками пациентов в поликлинике»**

(для медицинских организаций, проводящих профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию детского населения)

Наименование поликлиники _____ Дата: _____

Перечень мероприятий оцениваемого процесса	Номер или наименование кабинета	Организация разделения потоков пациентов		Наличие пересечений потоков (Да/Нет)
		в пространстве (Да/Нет)	во времени (Да/Нет)	
1	2	3	4	5
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, единица:				
Достижение целевого значения (Да/Нет):				

ФИО, должность проводившего оценку _____

ФИО, должность представителя поликлиники _____

Подпись _____

Подпись _____

Проверочный лист достижения целевого значения критерия

«Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»

(для медицинских организаций, оказывающих данный вид услуг)

Наименование поликлиники _____ Дата: _____

Наименование должности медицинского работника, оказывающего платные медицинские услуги	Номер или наименование кабинета, в котором медицинский работник оказывает платные медицинские услуги	Организация разделения потоков пациентов		Наличие пересечений потоков (Да/Нет)
		в пространстве (Да/Нет)	во времени (Да/Нет)	
1	2	3	4	5
Общее количество пересечений, единица:				
Достижение целевого значения (Да/Нет):				

ФИО, должность проводившего оценку _____

ФИО, должность представителя поликлиники _____

Подпись _____

Подпись _____

**Проверочный лист достижения целевого значения критерия
«Количество посадочных мест в зоне (зонах) комфортных условий
ожидания для посетителей на 200 посадочных мест плановой мощности
поликлиники»**

Наименование поликлиники _____

Дата: _____

Плановая мощность поликлиники	Расчетное количество посадочных мест в зоне (зонах) комфортных условий ожидания для посетителей, единиц	Наличие зоны (зон) комфортных условий ожидания для посетителей, организованной в соответствии с рекомендациями (Да/Нет)	Фактическое количество посадочных мест в зоне (зонах) комфортных условий ожидания для посетителей, единица
1	2	3	4
Достижение целевого значения (Да/Нет):			

ФИО, должность проводившего оценку _____

ФИО, должность представителя
поликлиники _____

Подпись _____

Подпись _____

**Проверочный лист достижения целевого значения критерия
«Время поиска в системе навигации поликлиники информации для
принятия решения о дальнейшем направлении движения к конечной
точке маршрута в каждой точке ветвления маршрутов»**

Наименование поликлиники _____

Дата: _____

Точки ветвления маршрутов	Пункты назначения			Результат по каждой точке ветвления маршрутов, секунда
	_____, секунда	_____, секунда	_____, секунда	
1	2	3	4	5
Этаж 1				
Этаж 2				
Этаж ...				
Этаж N				
Время принятия решения, секунда:				
Достижение целевого значения (Да/Нет):				

ФИО, должность проводившего оценку _____

ФИО, должность представителя
поликлиники _____

Подпись _____

Подпись _____

Проверочный лист достижения целевого значения критерия

«Доля элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, отвечающих условиям уместности, актуальности, доступности информации»

Наименование поликлиники _____ Дата: _____

Элемент системы информирования	Условия				Выполнение условий (Да/Нет)
	Наличие (Да/Нет)	Уместность (Да/Нет)	Актуальность (Да/Нет)	Доступность (Да/Нет)	
1	2	3	4	5	6
Информация о размещении элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники					
Информация о наименовании (полном и сокращенном) медицинской организации, режиме работы, контактная информация медицинской организации (телефон, адрес электронной почты, адрес официального сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», почтовый адрес)					
Информация о создании юридического лица и перечне лицензий на осуществление медицинской деятельности					
Информация о структуре медицинской организации					
Информация о системе управления медицинской деятельностью медицинской организации. График приема граждан руководителем медицинской организации и иными уполномоченными лицами с указанием телефона, адреса электронной почты, номера кабинета					
Контактная информация органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального фонда обязательного медицинского страхования, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (телефон, адрес электронной почты, адрес официального сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», адрес)					
Правила поведения пациента в поликлинике					
Информация о порядке ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента					

Элемент системы информирования	Условия				Выполнение условий (Да/Нет)
	Наличие (Да/Нет)	Уместность (Да/Нет)	Актуальность (Да/Нет)	Доступность (Да/Нет)	
1	2	3	4	5	6
Информация о медицинских работниках поликлиники (об уровне их образования и об их квалификации)					
Расписание приема врачей поликлиники					
Информация о противодействии коррупции					
Информация о правах и обязанностях граждан в сфере охраны здоровья					
Информация о страховых медицинских организациях, осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации и перечне страховых медицинских организаций, с которыми заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию					
Информация о видах, условиях и формах оказываемой медицинской помощи в поликлинике					
Информация о порядке, об объемах и условиях предоставления медицинской помощи в соответствии с ППГ и ТППГ					
Информация о показателях доступности и качества медицинской помощи, установленных ТППГ					
Информация о маршрутизации пациентов поликлиники					
Информация о правилах записи на первичный прием, консультацию, диагностические исследования и правилах подготовки к ним					
Информация о внеочередном приеме (оказании медицинской помощи) отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации					
Информация о сроках и порядке проводимой диспансеризации и профилактическом медицинском осмотре					
Информация об иммунопрофилактике инфекционных болезней (вакцинации) в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям					

Элемент системы информирования	Условия				Выполнение условий (Да/Нет)
	Наличие (Да/Нет)	Уместность (Да/Нет)	Актуальность (Да/Нет)	Доступность (Да/Нет)	
1	2	3	4	5	6
Информация о профилактике социально-значимых заболеваний, о существующих способах отказа от потребления алкоголя и табака, оказание медицинской помощи при никотиновой, алкогольной или наркотической зависимости					
Информация о необходимости экстренного обращения за медицинской помощью при жизнеугрожающих состояниях, заболеваниях и их осложнениях, а также обучении пациентов, имеющих высокий риск развития жизнеугрожающих состояний, и членов их семей правилам первой помощи при этих состояниях					
Информация о льготном лекарственном обеспечении (в том числе перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения; перечень лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также лиц после трансплантации органов и (или) тканей; перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций; перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой)					

Элемент системы информирования	Условия				Выполнение условий (Да/Нет)
	Наличие (Да/Нет)	Уместность (Да/Нет)	Актуальность (Да/Нет)	Доступность (Да/Нет)	
1	2	3	4	5	6
Информация о предоставлении платных медицинских и иных услуг (правила предоставления; перечень оказываемых платных медицинских услуг; информация о ценах (тарифах) на медицинские услуги; сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; примеры оформления документов (договор, акт), необходимых для получения платных медицинских услуг)					
Нормативные правовые акты (в том числе изданные федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления), регламентирующие вопросы организации медицинской деятельности, включая: преемственность оказания медицинской помощи на всех этапах; оказание медицинской помощи, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций; маршрутизацию пациентов, включая организацию консультаций, дополнительных методов обследования в иных медицинских организациях					
Доля элементов системы информирования об организации медицинской деятельности поликлиники, отвечающих условиям, %:					
Достижение целевого значения (Да/Нет):					

ФИО, должность проводившего оценку

ФИО, должность представителя поликлиники

Подпись _____

Подпись _____

**Проверочный лист достижения целевого значения критерия
«Доля времени приемов врача для оказания медицинской помощи в плановой форме в течение рабочей смены,
отведенного для приема по предварительной записи»**

Наименование структурного подразделения _____ Дата: _____

Наименование специальности	Дата оцениваемого приема (в формате дд.мм.гггг)	Номер или наименование кабинета	Время приема, минута	Время приема по предварительной записи, минута	Доля времени, отведенного для приема по предварительной записи, %
1	2	3	4	5	6
Минимальная доля времени, отведенного для приема по предварительной записи, %:					
Достижение целевого значения (Да/Нет):					

ФИО, должность проводившего оценку _____

ФИО, должность представителя поликлиники _____

Подпись _____

Подпись _____

Проверочный лист достижения целевого значения критерия

«Доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, от общего количества пациентов, принятых по предварительной записи»

Наименование поликлиники _____ Дата: _____

Наименование специальности	Дата оцениваемого приема (в формате дд.мм.гггг)	Номер или наименование кабинета	Время приема по предварительной записи (в формате чч:мм - чч:мм)	Доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, %
1	2	3	4	5
Минимальная доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, %:				
Достижение целевого значения (Да/Нет):				

ФИО, должность проводившего оценку _____

ФИО, должность представителя поликлиники _____

Подпись _____

Подпись _____

**Проверочный лист достижения целевого значения критерия
«Доля предварительных записей на прием в поликлинику, совершенных
при непосредственном обращении пациента или его законного
представителя в регистратуру, от общего количества предварительных
записей»**

Наименование поликлиники _____

Дата: _____

Количество записей на прием в поликлинику всеми доступными способами, запись	Количество записей на прием в поликлинику при обращении в регистратуру, запись	Доля записей, совершенных при обращении в регистратуру, %	Достижение целевого значения (Да/Нет)
1	2	3	4

ФИО, должность проводившего оценку _____

ФИО, должность представителя
поликлиники _____

Подпись _____

Подпись _____

**Проверочный лист достижения целевого значения критерия
«Количество визитов пациента в поликлинику для прохождения
профилактического медицинского осмотра или первого этапа
диспансеризации определенных групп взрослого населения»**

(для медицинских организаций, проводящих профилактический медицинский осмотр,
диспансеризацию взрослого населения)

Наименование поликлиники _____

Дата: _____

Номер медицинской карты пациента или номер полиса обязательного медицинского страхования	Диспансеризация/ профилактический медицинский осмотр, (Д/П)	Количество визитов, единица
1	2	3
Общее количество законченных случаев выполнения первого этапа диспансеризации в отчетном периоде, случай		
Количество проанализированных комплектов медицинской документации по законченным случаям выполнения первого этапа диспансеризации, комплект медицинской документации		
Общее количество законченных случаев прохождения профилактического медицинского осмотра в отчетном периоде, случай		
Количество проанализированных комплектов медицинской документации по законченным случаям прохождения профилактического медицинского осмотра, комплект медицинской документации		
Максимальное количество визитов пациента в поликлинику для прохождения профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, единица:		
Достижение целевого значения (Да/Нет):		

ФИО, должность проводившего оценку _____

ФИО, должность представителя
поликлиники _____

Подпись _____

Подпись _____