**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 **ГБУЗ РА «ЦРБ Майкопского района»** Дата: **10.11.2023г.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 **ГБУЗ РА «ЦРБ Майкопского района»** Дата: **10.11.2023г.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 **ГБУЗ РА «ЦРБ Майкопского района»** Дата: **10.11.2023г.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 посещений на 200 посещений плановой мощности поликлиники»**

Наименование поликлиники **ГБУЗ РА «ЦРБ Майкопского района»**

Дата: **10.11.2023г.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 **ГБУЗ РА «ЦРБ Майкопского района»**

Дата: **10.11.2023г.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Точки ветвления маршрутов** | **Пункты назначения** | **Результат по каждой точке ветвления маршрутов,****секунда** |
|   **,****секунда** |   **,****секунда** |   **,****секунда** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Этаж 1 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Этаж 2 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 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 **ГБУЗ РА «ЦРБ Майкопского района»** Дата: **10.11.2023г.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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, адресэлектронной 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 состояниездоровья 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 ПГГ и ТПГГ |  |  |  |  |  |
| Информация о показателях доступности и качества медицинской помощи, установленных ТПГГ |  |  |  |  |  |
| 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 законодательствомРоссийской 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 высокийриск 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 пятидесятипроцентнойскидкой) |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 полученияплатных 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, дополнительныхметодов 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 поликлиники **ГБУЗ РА «ЦРБ Майкопского района»** Дата: **10.11.2023г.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 **ГБУЗ РА «ЦРБ Майкопского района»** Дата: **10.11.2023г.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 **ГБУЗ РА «ЦРБ Майкопского района»**

Дата: **10.11.2023г.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 **ГБУЗ РА «ЦРБ Майкопского района»**

Дата: **10.11.2023г.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 этападиспансеризации 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 медицинскойдокументации |  |
| 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