

	прочие	А	Б	В	Г	Д	Е
Рентгенографические методы исследования	рентгенография	А	Б	В	Г	Д	Е
	КТ	А	Б	В	Г	Д	Е
	ЯМР	А	Б	В	Г	Д	Е
	прочие	А	Б	В	Г	Д	Е

12. Клинический заключительный диагноз	1. выставлен, соответствует результатам клинического исследования 2. выставлен, но не соответствует результатам клинических исследований 3. не выставлен
13. Соответствие проводимого лечения выставленному диагнозу	1. соответствует полностью, замечаний нет 2. соответствует, с незначительными замечаниями 3. соответствует частично 4. не соответствует
14. Лечение начато	1. своевременно 2. с задержкой по объективным причинам 3. не своевременно
15. Комбинации лекарственных средств, используемых при лечении	1. рациональны, замечаний нет 2. рациональны, с незначительными замечаниями 3. не рациональны
16. Дозировка лекарственных препаратов в листах назначения	1. отражена полностью 2. отражена с ошибками 3. не отражена
17. Соответствие сроков лечения стандартам, принятым по данному заболеванию при выписке больного из стационара	1. соответствуют стандартам 2. превышают стандарты (грамотно обосновано) 3. превышают стандарты (без обоснования) 4. меньше принятых стандартов (грамотно обосновано) 5. меньше принятых стандартов (без обоснования)
18. Реанимационные мероприятия в случае их необходимости проведены	1. в полном объеме 2. частично 3. не проведены
19. Консилиум и осмотр специалистами в данном случае	1. не было необходимости 2. проведен 3. не проведен
20. Обращение за консультацией	1. не было необходимости

5. Наличие ежедневных дневниковых записей	<ol style="list-style-type: none"> 1. имеются, замечаний нет 2. имеются, с незначительными замечаниями 3. имеются, нерегулярные, эпизодические 4. отсутствуют
6. Отражают ли дневниковые записи эффект от проводимой терапии	<ol style="list-style-type: none"> 1. отражают полностью, замечаний нет 2. отражают, с незначительными замечаниями 3. отражают частично 4. не отражают
7. Оформление медицинской документации	<ol style="list-style-type: none"> 1. четкое 2. нечеткое, небрежное
8. Наличие дневников динамического круглосуточного наблюдения тяжелого больного	<ol style="list-style-type: none"> 1. не было необходимости 2. имеются, замечаний нет 3. имеются, с незначительными замечаниями 4. имеются, неполные, нечеткие 5. отсутствуют, но были необходимы
9. Наличие записей заведующего отделением в медицинской карте стационарного больного (в случае, если заведующий отделением не был лечащим врачом)	<ol style="list-style-type: none"> 1. не было необходимости 2. имеются, замечаний нет 3. имеются, с незначительными замечаниями 4. имеются, неполные, нечеткие 5. отсутствуют, но были необходимы
10. Своевременность и объем диагностических мероприятий	<ol style="list-style-type: none"> 1. своевременно и в полном объеме 2. не своевременно, но в полном объеме 3. своевременно, но не в полном объеме 4. не своевременно и не в полном объеме 5. показаны, но не проведены 6. проведены, но не показаны

11. Оценка результатов диагностических исследований

Виды исследований	Проводимое исследование	Интерпретация лечащим врачом				Показаны, но не проведены	Проведены, но не показаны
		правильно полностью	правильно частично	неверно	не интерпретированы		
Лабораторные Методы исследования	общий анализ крови	А	Б	В	Г	Д	Е
	общий анализ мочи	А	Б	В	Г	Д	Е
	биохимич. анализ крови	А	Б	В	Г	Д	Е
	анализ крови на глюкозу	А	Б	В	Г	Д	Е
	прочие	А	Б	В	Г	Д	Е
Инструментальные Методы исследования	ЭКГ	А	Б	В	Г	Д	Е
	УЗИ	А	Б	В	Г	Д	Е
	ФГС	А	Б	В	Г	Д	Е

к главным внештатным специалистам

2. своевременно и обосновано
3. не своевременно и не обосновано
4. не обращались, но необходимо

21. Выполнение рекомендации консультантов	<ol style="list-style-type: none"> 1. выполнялись полностью 2. не выполнялись или выполнялись частично по усмотрению лечащего врача 3. не выполнялись без обоснований
22. Существовала необходимость в переводе больного в специализированное отделение, учреждение	<ol style="list-style-type: none"> 1. да 2. нет
23. В случае необходимости перевод больного в специализированное отделение, учреждение произведен	<ol style="list-style-type: none"> 1. своевременно и обосновано 2. не своевременно и/или не обосновано 3. не произведен
24. Этапные эпикризы при пребывании в стационаре более трех недель	<ol style="list-style-type: none"> 1. не было необходимости 2. имеются, замечаний нет 3. имеются, с незначительными замечаниями 4. имеются, неполные, нечеткие 5. отсутствуют, но были необходимы
25. В случае летального исхода вскрытие	<ol style="list-style-type: none"> 1. произведено 2. не произведено, имеется письменное указание главного врача об отмене вскрытия 3. не произведено, без обоснования
26. Карта разбора летального исхода на КИЛИ	<ol style="list-style-type: none"> 1. имеется 2. отсутствует
27. Замечания к карте разбора летального исхода на КИЛИ	<ol style="list-style-type: none"> 1. имеются 2. отсутствуют
28. Патологоанатомический диагноз	
29. Оценка расхождения заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов	<ol style="list-style-type: none"> 1. совпадают 2. расхождение 1 категории 3. расхождение 2 категории 4. расхождение 3 категории
30. Оформление посмертного эпикриза	<ol style="list-style-type: none"> 1. оформлен полностью 2. оформлен частично 3. не оформлен

Группа оценки	Балл	Оценка
А - качество ведения документации		
В - диагностические мероприятия		

С – постановка диагноза		
D – лечебно-профилактические мероприятия		
К – Консультации		
Р – Приемственность		
Р – экспертное заключение при летальном исходе		
Е - интегрированный показатель качества и технологии оказания медицинской помощи		

Заключение:

.....

.....

.....

..... " " 20 г.

По каждому из перечисленных разделов экспертизы рассчитывается результирующая оценка, которая представляет собой среднюю арифметическую оценку всех подразделов:

$$A = (A01 + A02 + A03 + A04 + A05) / 5$$

$$B = (B01 + B02 + B03) / 3$$

$$C = (C01a + C01b + C01в + C02) / 4$$

$$D = (D01 + D02 + D03 + D04 + D05 + D06 + D07) / 7$$

$$K = (K01 + K02 + K03 + K04) / 4$$

$$P = P01$$

$$R = (R01 + R02 + R03 + R04 + R05) / 5$$

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

к рекомендациям

Эксперт

Лечебно-профилактическое учреждение

Ф.И.О.

Специальность

Наименование

--	--	--	--	--

(Код)

Экспертная карта № _____

по оценке качества и технологии диспансерного наблюдения за беременной

Паспортная часть

I. Отделение

II. Ф.И.О. лечащего врача

III. № индивидуальной карты

Дата постановки на учет

IV. Ф.И.О. беременной

VI. Срок беременности при постановке на учет

1. до 12 недель

2. 13-21 неделя

3. 22-27 неделя

4. 28 и более недель

X. Жительница

1. г. Волгоград

2. г. Волжский

3. муниципальное образ
Волгоградской области

4. поселение
Волгоградской области

5. иногородняя

6. иностранная
гражданка

VII. Социальное положение

VIII. Семейное положение

IX. Возраст

1. рабочая

2. служащая

3. безработна
я

4. домохозяй
ка

5. студентка
ВУЗа

6. школьница

7. учащаяся
учреждения
среднего проф.
образования

8. пенсионер пс
инвалидности

9. прочее

1. Состоит в
зарегистрированном
браке

2. Состоит в
гражданском браке

3. В браке не состоит

1. до 14 лет

2. 15-16

3. 17

4. 18-19

5. 20-24

6.25-29

7.30-34

8.35-39

9.40-44

10. 45-49

11. 50 и
более

учет

XI. Диагноз при постановке на

XII. Диагноз заочительный (при направлении на роды или аборте-выкидыше)

1. срок беременности

3. экстрагенитальная патология

XIII. Госпитализация беременной в роддом

1 дородовая плановая 2 плановая на родоразрешение 3 экстренная

XIV. "Согласие" беременной на проведение лечебно-диагностических мероприятий

1 имеется

2 отсутствует

3 согласие родственников

4 решение консилиума

XV. Паритет беременности	XVI. Исходы предыдущих беременностей	XVII. Наблюдение беременной	XVIII. Место наблюдения	XIX. Исход данной беременности
Раздел I Нет данных	1. Нет данных	1. Не наблюдалась	1. ФАП	
Раздел II Первая	2. Аборт	2. Средним медицинским работником	2. Участковая больница	
Раздел III Вторая	3. Внематочная беременность	3. Врачом	3. ЦРБ	1. Роды
Раздел IV Третья	4. Физиологические роды	4. Совместное наблюдение	4. ЖК	2. Аборт
Раздел V Четвертая	5. Оперативные роды		5. Совместное наблюдение с перинатальным центром	
Раздел VI Пятая и более				

Экспертная оценка

Качество ведения документации

1. Ведение

медицинской документации

1 нет замечаний

2 хорошее, имеются несущественные замечания (отсутствие указания даты проведения исследований, даты следующей явки, даты первого шевеления плода, сведений о родоразрешении и грудном вскармливании при заключительном посещении)

3 удовлетворительное, имеются существенные замечания (отсутствие подписи врача в дневниках, подписи беременной в информированном согласии на проведение лечения или при отказе от госпитализации, отсутствие на лицевой стороне "индивидуальной карты" маркировки группы риска перинатальной патологии, отсутствие этапного эпикриза)

4 неудовлетворительное, имеются грубые замечания (потеря информации при переносе из "индивидуальной карты беременной и родильницы" в "обменную карту", отсутствие указания в дневниках жалоб беременной данных объективного обследования, лекарственных назначений)

Диагностические мероприятия

2. Качество сбора анамнеза

1 проведен полностью

2 проведен в достаточном объеме, за исключением некоторых

несущественных позиций

3 проведен частично, не выяснены существенные сведения о течении перенесенных заболеваний, менструальной и репродуктивной функции

4 проведен формально, не выяснены факты наличия перенесенных заболеваний, тяжелых осложнений беременности и родов, аллергический или трансфузионный анамнез

5 не проведен

3. Физикальное обследование

1 проведено полностью

2 проведено в достаточном объеме, за исключением некоторых несущественных позиций, не влияющих на постановку диагноза

3 проведено частично, не выполнены серьезные диагностические мероприятия, повлекшие дефекты при постановке диагноза (неточное определение формы или степени тяжести заболевания)

4 проведено формально, не проведены важные диагностические мероприятия, что не позволило определить наличие осложнений беременности, гинекологической и экстрагенитальной патологии

5 не проведено

4. Лабораторное и инструментальное обследования

1 проведены полностью и своевременно

2 проведены в полном объеме, с незначительной задержкой, или своевременно, но не в полном объеме (не проведены некоторые несущественные исследования)

3 проведены не своевременно и не в полном объеме (не отразилось на постановке диагноза)

4 проведены не своевременно и не в полном объеме (отразилось на постановке диагноза)

5 не проведены

5. Оценка факторов риска

1 проведена в полном объеме

2 дефекты оценки факторов риска, не ведущие к неверному определению группы риска или завышение группы риска перинатальной патологии

3 неадекватная оценка, связанная с занижением группы риска перинатальной патологии на 1 уровень (высокая группа риска расценена, как средняя и т.д.) или отсутствие переоценки степени риска в динамике беременности, не отразившееся на течении беременности

4 неадекватная оценка, связанная с занижением группы риска перинатальной патологии на 2 уровня (высокая группа риска расценена, как низкая) или отсутствие переоценки степени риска в динамике беременности, отразившееся на течении беременности

5 не проводилась

Постановка диагноза

6. Основной диагноз выставлен

1 своевременно, обоснованно и в соответствии с общепринятой классификацией

2 своевременно и обоснованно, но неправильно сформулирован

3 с задержкой или недостаточно обоснован (дефекты диагностики не отразились на лечении)

4 с задержкой и не в полном объеме или имеется недостаточное обоснование формы, степени тяжести, осложнений основного диагноза (дефекты диагностики отразились на лечении)

	5 неправильно
7. Сопутствующий диагноз	<p>1 выставлен своевременно, обоснованно и в соответствии с общепринятой классификацией</p> <p>2 выставлен своевременно, но неправильно сформулирован</p> <p>3 выставлен с задержкой или недостаточно обоснован, дефекты диагностики не отразились на лечении</p> <p>4 выставлен с задержкой, не в полном объеме или недостаточно обоснован, дефекты диагностики отразились на лечении</p> <p>5 выставлен неправильно</p>
Лечебно-профилактические мероприятия	
8. План ведения беременности	<p>1 составлен полный и адекватный индивидуальный план ведения беременности</p> <p>2 составлен полный и адекватный индивидуальный план ведения беременности, за исключением некоторых несущественных позиций</p> <p>3 составлен частично, в план не включены существенные лечебно-профилактические мероприятия (не отразилось на дальнейшем течении беременности)</p> <p>4 составлен формально, в план не включены важные лечебно-профилактические мероприятия или план составлен только при первой явке без динамической коррекции (отразилось на дальнейшем течении беременности)</p> <p>5 план ведения беременности не составлен</p>
9. Профилактические мероприятия осложнений беременности	<p>1 проведены своевременно и в полном объеме</p> <p>2 проведены с задержкой или не в полном объеме (не отразилось на дальнейшем течении беременности)</p> <p>3 проведены несвоевременно, частично, что привело к развитию осложнений беременности</p> <p>4 не проводились</p>
10. Лечение осложнений беременности	<p>1 проведено своевременно и правильно</p> <p>2 проведено своевременно и правильно, за исключением некоторых несущественных позиций</p> <p>3 проведено с задержкой и не полностью (не отразилось на исходе беременности)</p> <p>4 проведено несвоевременно и не полностью (отразилось на исходе беременности)</p> <p>5 лечение не назначено</p>
11. Лечение экстрагенитальной патологии	<p>1 проведено своевременно и правильно</p> <p>2 проведено своевременно и правильно, за исключением некоторых несущественных позиций</p> <p>3 проведено с задержкой и не полностью (не отразилось на исходе беременности)</p> <p>4 проведено несвоевременно и не полностью (отразилось на исходе беременности)</p> <p>5 лечение не назначено</p>
12. Комбинации лекарственных средств подобраны	<p>1 рационально, замечаний нет</p> <p>2 рационально, с незначительными замечаниями</p> <p>3 не рационально</p>

13. Консультации
специалистов

- 1 назначены своевременно, обоснованно и в полном объеме
- 2 назначены недостаточно обоснованно
- 3 назначены с задержкой, не в полном объеме (не отразилось на постановке диагноза)
- 4 назначены с задержкой, не в полном объеме (отразилось на постановке диагноза)
- 5 не назначены (при наличии соответствующих показаний)

Преемственность

14. Дородовая
госпитализация
(при необходимости)

- 1 проведена своевременно
- 2 проведена с задержкой (не отразилось на исходе беременности)
- 3 проведена с задержкой (отразилось на исходе беременности)
- 4 не проведена

15. Госпитализация
при развитии
осложнений
беременности

- 1 проведена своевременно (в дневной или круглосуточный стационар при первых симптомах осложнений беременности)
- 2 проведена с задержкой, при наличии выраженной клинической картины осложнений (плановая госпитализация)
- 3 проведена несвоевременно (экстренная госпитализация машиной "скорой помощи" из женской консультации)
- 4 не проведена (экстренная госпитализация машиной "скорой помощи" из дома)

16. Учреждение
родоразрешения
выбрано

- 1 адекватно
- 2 неадекватно (родоразрешение беременных низкой степени риска в перинатальном центре или беременных высокой степени риска – в районах области), не повлияло на исход беременности
- 3 неадекватно, повлияло на исход беременности

Исход беременности для матери и плода (достижение полученного результата)

17. Исход
беременности
для матери и плода

- 1 своевременные роды, плановые оперативные роды плодом без признаков асфиксии
- 2 преждевременные, запоздалые роды, оперативные роды в экстренном порядке плодом без признаков асфиксии
- 3 легкая степень асфиксии плода, патологическая кровопотеря, наложение вторичных швов, перевод родильницы в гинекологическое или профильные отделения
- 4 тяжелая степень асфиксии плода, релапаротомия, разрывы промежности III ст., ампутация, экстирпация матки
- 5 перинатальные потери, материнская смертность

Заключение:

.....

.....

.....

.....

.....

" " . 20 г.

Подпись эксперта

По каждому из перечисленных разделов экспертизы рассчитывается результирующая оценка, которая представляет собой среднюю арифметическую оценку всех подразделов:

$$A = A01$$

$$B = (B01+B02+B03+B04) / 4$$

$$C = (C01+C02) / 2$$

$$D = (D01+D02+D03+D04+D05) / 5$$

$$K = K01$$

$$P = (P01+P02+P03) / 3$$

$$R = R01$$

По результатам анализа всех разделов вычисляется интегрированный показатель качества и технологии диспансерного наблюдения за беременной (E) каждой пациентке. Показатель определяется, как сумма всех результирующих оценок по разделам, деленная на количество оцененных разделов экспертной карты (например, в том случае, если проанализированы все разделы карты, интегрированная оценка будет рассчитываться следующим образом: $E = [A+B+C+D+K+P+R] / 7$).

Интегрированная оценка результатов экспертизы качества и технологии диспансерного наблюдения за беременной может быть охарактеризована по следующим градациям, установленным эмпирически:

1 – 0,90 – "отлично",

0,89 – 0,80 – "хорошо",

0,79 – 0,70 – "удовлетворительно",

менее 0,70 – "неудовлетворительно".

По окончании работы над разделами карты и определения интегрированного показателя, эксперт дает письменное заключение о качестве оказания медицинской помощи в экспертируемом случае, где указывает выявленные дефекты и рекомендации по их устранению, делает выводы.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

к рекомендациям

Эксперт

Лечебно-профилактическое учреждение

--	--	--	--	--

Наименование

(код)

Ф.И.О.

Специальность

Экспертная карта №

по оценке законченного случая заболевания (взрослого, ребенка) в амбулаторных условиях

Карта экспертной оценки законченного случая заболевания (взрослого, ребенка) по медицинской карте амбулаторного больного/истории развития ребенка			
№ п/п		Повод экспертизы	Плановая
Ф.И.О. больного			
Отделение		№ мед. карты амб. больного	
Дата экспертизы		Ф.И.О. леч. врача	

Коды	Дефекты качества медицинской помощи, другие показатели по этапам лечебно-диагностического процесса	Наличие дефекта	Коды	Причины ненадлежащего качества медицинской помощи, другие дефекты деятельности МУ	Наличие дефекта
1.0	Оценка анамнеза и диагностических процедур		2.6	Отсутствие осмотра необходимых специалистов и исследований перед госпитализацией для ВМП	0,5
1.1	Неполное описание жалоб	0,75	2.7	Отсутствие консультаций специалистов и рекомендаций по необходимому объему консультаций в других ЛПУ, необходимых для уточнения диагноза и тактики дальнейшего лечения	0,5
1.2	Логически связанные дефекты сбора информации и содержания диагноза	0,5	2.8	Направление на госпитализацию пациента без медицинских показаний (необоснованная госпитализация)	0,25
1.3	Не собрано (описание отсутствует)	0	2.9	Несвоевременная (поздняя) госпитализация	0,5
1.4	Неполное описание анамнеза заболевания	0,5	2.10	Повторная госпитализация в данном календарном году без заключения ВК	0,5
1.5	Отсутствие описания анамнеза жизни	0,25	2.11	Не назначена дата контрольной явки, хотя необходима	0,25
1.6	Неполное описание	0,75	3. Оценка диагноза		

	объективного статуса				
	2. Оценка полноты обследования, консультаций специалистов		3.1	Неполная или неправильная формулировка диагноза	0,5
2.1	Ненадлежащее и несвоевременное выполнение или невыполнение необходимого объема функциональных исследований, в т.ч. при невозможности их выполнения – отсутствие рекомендаций для проведения их в других ЛПУ	0,5	3.2	Кодировка диагноза не соответствует МКБ 10	0,25
2.2	Выполнение сверх стандартов медицинской помощи и неоправданных с клинической точки зрения исследований и вмешательств	0,5	3.3	Отсутствует написание диагноза в повторных приемах	0,5
2.3	Случаи необоснованного направления на ВМП	0,5	3.4	Поставлен не верно (гипердиагностика)	0,25
2.4	Случаи несвоевременного (позднего) назначения ВМП	0,5	3.5	Принципиальное расхождение диагноза амбулаторного и стационарного этапа лечения	0
2.5	Случаи ненаправления пациента на ВМП при наличии показаний	0,25			
4. Оформление амбулаторной карты.			6. Причины ненадлежащего качества мед. помощи. Дефекты работы врача.		
4.1	Отсутствие информированного согласия (подписи пациента и врача)	0,25	6.1	Неправильная оценка врачом состояния пациента	0,25
4.2	Информированное согласие оформлено неполностью	0,5	6.2	Недостаточная или неправильная интерпретация результатов неинвазивных и инвазивных методов исследования и консультаций без сопоставления с клиническими данными	0,5
4.3	Отсутствие эпид. анамнеза (в эпид. сезон)	0,25	6.3	Несвоевременное оказание мед. помощи по объективным причинам (технические причины (неисправность аппаратов и др.) и отсутствие рекомендаций по их проведению в других ЛПУ	0,75
4.4	Отсутствие даты и времени приема	0,5	6.4	Необоснованный отказ больному в обследовании; госпитализации	0,25
4.5	Исправление в дате и времени приема	0,25	6.5	Необоснованное (без достаточных показаний или при наличии противопоказаний) проведение диагностических,	0,25

				лечебных, профилактических, реабилитационных мероприятий, приведшее к диагностической ошибке, выбору ошибочной тактики лечения, ухудшению состояния пациента, осложнению течения заболеваний	
4.6	Небрежное оформление медицинской документации (сокращение слов при написании диагноза, дневниковых записях, "трудночитаемые" записи)	0,5	6.5	Необоснованная смена объема медикаментозной терапии, подобранной на предыдущем этапе, приведшая к ухудшению состояния	0,5
4.7	Отсутствие обоснования при направлении больного на диагностические методы исследования	0,5	7. Организационные нарушения		
5. Оценка набора лечебных мероприятий			7.1	Случаи обоснованных жалоб пациентов, касающиеся качества оказания медицинской помощи	
5.1	Принципы медикаментозной терапии не соблюдены (несоответствие стандартам лечения и/или национальным рекомендациям)	0,5	7.2	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения порядком случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (по обращениям пациентов)	
5.2	Случаи отсутствия назначения показанных лекарственных препаратов	0,5			
5.3	Необоснованное назначение лекарственных препаратов	0,5			
5.4	Назначение лекарственных препаратов с недоказанным действием	0,25			
5.5	Логически связанные дефекты диагноза и лечения или дефекты сбора информации и лечения	0			
5.6	Использование нерациональных комбинаций лекарственных средств	0,25			
5.7	В рекомендациях не отражены дозировки, кратность и длительность назначения лекарственных препаратов	0,25			
5.8	Случаи нарушения дозировок лекарственных средств	0,5			
Количество дефектов					
Коды дефектов					
Дата проведения					

По каждому из перечисленных разделов экспертизы рассчитывается результирующая оценка, которая представляет собой среднюю арифметическую оценку всех подразделов:

$$A = (A01 + A02 + A03 + A04 + A05) / 5;$$

$$B = (B01 + B02 + B03) / 3;$$

$$C = (C01a + C01б + C01в + C02) / 4;$$

$$D = (D01 + D02 + D03 + D04 + D05 + D06 + D07) / 7;$$

$$K = (K01 + K02 + K03 + K04) / 4;$$

$$P = P01;$$

$$R = (R01 + R02 + R03 + R04 + R05) / 5.$$

По результатам анализа всех разделов вычисляется интегрированный показатель качества и технологии оказания медицинской помощи (E) каждому больному. Показатель определяется как сумма всех результирующих оценок по разделам, деленная на количество оцененных разделов экспертной карты (например, в том случае, если проанализированы все разделы карты, интегрированная оценка будет рассчитываться следующим образом:

$$E = [A + B + C + D + K + P + R] / 7).$$

Интегрированная оценка результатов экспертизы качества и технологии оказания медицинской помощи может быть охарактеризована по следующим градациям, установленным эмпирически:

1 - 0,90 - "отлично";

0,89 - 0,80 - "хорошо";

0,79 - 0,70 - "удовлетворительно";

менее 0,70 - "неудовлетворительно".

По окончании работы над разделами карты и определения интегрированного показателя эксперт дает письменное заключение о качестве оказания медицинской помощи в экспертируемом случае, где указывает выявленные дефекты и рекомендации по их устранению, делает выводы.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

к рекомендациям

Рекомендованный Порядок клинико-экспертной оценки
случаев смерти

Экспертная оценка случаев смерти проводится в соответствии с Приказом Минздрава России от 06.06.2013 № 354н "О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий".

Все случаи смерти в государственных учреждениях здравоохранения, подведомственных министерству здравоохранения Волгоградской области, подлежат рассмотрению комиссиями по изучению случаев смерти с заполнением карты экспертной оценки. В амбулаторно-поликлинических учреждениях и диспансерах рассмотрению комиссиями по изучению случаев смерти подлежат все случаи смерти на дому.

Комиссия организуется для выявления и проведения систематического анализа всех случаев смерти в государственных учреждениях здравоохранения, подведомственных министерству здравоохранения Волгоградской области, и случаев смерти на дому:

1. Случаи с неустановленным заключительным клиническим диагнозом, приведшим к смерти, или неустановленной непосредственной причиной смерти, вне зависимости от продолжительности пребывания больного в стационаре.

2. Все случаи расхождения клинического и морфологического (патологоанатомического или судебно-медицинского) диагнозов.

3. При подозрении на передозировку или непереносимость лекарств или диагностических препаратов.

4. Случаи смерти, связанные с проведением:

4.1. Профилактических мероприятий;

4.2. Диагностических мероприятий;

4.3. Инструментальных пособий;

4.4. Анестезиологических мероприятий;

4.5. Реанимационных мероприятий;

4.6. Лечебных мероприятий;

4.7. Переливания крови (во время или после проведения);

5. Случаи смерти:

5.1. От инфекционных заболеваний или при подозрении на них;

5.2. От онкологических заболеваний при отсутствии гистологической верификации опухоли;

5.3. Беременных, рожениц и родильниц (включая последний день послеродового периода).

В стационарах анализируются случаи летальных исходов, когда по распоряжению администрации государственного учреждения

здравоохранения, подведомственного министерству здравоохранения Волгоградской области, не было произведено вскрытие. В этом случае анализируется не только качество лечебно-диагностического процесса, но и оправданность отмены патологоанатомического вскрытия.

Комиссии по изучению случаев смерти создаются приказом руководителя в каждом государственном учреждении здравоохранения, подведомственном министерству здравоохранения Волгоградской области.

Ответственным за организацию и состояние работы комиссии является руководитель государственного учреждения здравоохранения, подведомственного министерству здравоохранения Волгоградской области, приказом которого определяется постоянный состав комиссии.

Председателем комиссии по изучению случаев смерти в стационаре назначается заместитель руководителя медицинской организации по медицинской части.

Председателем комиссии по изучению случаев смерти на дому назначается заместитель руководителя медицинской организации по амбулаторно-поликлиническому разделу работы.

Состав комиссии определяется в зависимости от структуры государственного учреждения здравоохранения Волгоградской области, но постоянным членом должен быть представитель патологоанатомической и/или судебно-медицинской службы.

При необходимости председатель комиссии имеет право приглашать лечащих врачей из других отделений, которые принимали участие в лечении и обследовании умершего пациента. Функции секретаря выполняет один из наиболее подготовленных врачей любого лечебного отделения.

Заседания комиссии по изучению случаев смерти проводятся ежемесячно. Обсуждению подлежат все случаи смерти, имевшие место в течение месяца, предшествовавшего данному заседанию (при условии наличия первичной медицинской документации с окончательным патологоанатомическим или судебно-медицинским диагнозом).

В многопрофильных медицинских учреждениях создаются профильные комиссии по изучению случаев смерти: терапевтические, урологические, хирургические и т.д.

Основными задачами комиссии по изучению случаев смерти являются:

1. Изучение каждого случая смерти как после патологоанатомических, так и судебно-медицинских исследований, а также случаев смерти, когда по распоряжению администрации государственного учреждения здравоохранения, подведомственного министерству здравоохранения Волгоградской области, вскрытие тела умершего не производилось.

2. Изучение своевременности и правильности диагностики, адекватности проводившегося лечения на всех этапах заболевания,

соблюдение стандартов медицинской помощи, а также качества ведения медицинской документации.

3. Выявление возможных дефектов в лечебно-диагностических мероприятиях, допущенных на всех этапах лечения умершего.

4. Установление причин допущенных дефектов в диагностике, лечении или обследовании умершего.

5. Представление случаев для рассмотрения на общепольничных или отделенческих клинико-анатомических конференциях.

Порядок работы комиссии

В обязанности секретаря входит своевременное и полное оповещение о времени очередного заседания, ведение специального журнала заседаний комиссии по изучению случаев смерти, где регистрируются даты заседаний, персональный состав его участников, паспортные данные умерших больных, номера исследуемой первичной медицинской документации (медицинская карта стационарного больного, медицинская карта амбулаторного больного, история развития ребенка, истории родов и др.) и протоколов вскрытия, заключение по каждому случаю смерти, обсуждаемому на данном заседании.

Председатель комиссии определяет состав предстоящей комиссии по изучению случаев смерти (лечащие врачи, специалисты диагностической службы, сотрудники кафедр государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования "Волгоградский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации (по согласованию). При необходимости председатель комиссии имеет право приглашать лечащих врачей из других медицинских организаций, которые принимали участие в лечении и обследовании умершего пациента (поликлиника, служба скорой медицинской помощи и др.).

Первичная медицинская документация умерших пациентов передается заведующему отделением, в котором умер больной. Заведующий отделением обязан провести разбор случая смерти в отделении и представить первичную медицинскую документацию с заполненной картой разбора случая смерти в 2-х экземплярах председателю комиссии за неделю до заседания комиссии.

В случае совпадения заключений специалистов, проводивших разбор случая смерти и членов комиссии, их совместное решение фиксируется в журнале заседаний комиссии.

При несовпадении точек зрения членов комиссии рассмотрение спорного случая летального исхода передается на обсуждение клинико-анатомической конференции, о чем в журнале заседаний комиссии по изучению случаев смерти делается запись.

Первый экземпляр карты разбора летального исхода вкладывается секретарем комиссии по изучению случаев смерти в медицинскую карту стационарного больного умершего пациента, второй экземпляр карты