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

(для медицинской организации, оказывающей медицинскую 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, определенияуровня 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 ФИО, должность

проводившего оценку представителя МО

Подпись 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 медицинскую 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 ФИО, должность

проводившего оценку представителя МО

Подпись 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 ФИО, должность

проводившего оценку представителя МО

Подпись 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, графикприема граждан руководителем) |  |  |  |  |  |
| Копия свидетельства государственной регистрации медицинскойорганизации |  |  |  |  |  |
| Копия действующей лицензии с приложениями |  |  |  |  |  |
| Информация о вышестоящих и контролирующих организациях |  |  |  |  |  |
| Информация о противодействии коррупции |  |  |  |  |  |
| Информация о возможности ознакомления с нормативнымиправовыми актами в фронт-офисе |  |  |  |  |  |
| Информация о страховых медицинских организациях, осуществляющих деятельность на территории субъекта РоссийскойФедерации |  |  |  |  |  |
| Информация о видах оказываемой медицинской помощи |  |  |  |  |  |
| Информация о порядке, об объемах и условиях оказаниямедицинской помощи в соответствии с ПГГ и ТПГГ |  |  |  |  |  |
| Информация о показателях доступности и качества медицинскойпомощи, установленных ТПГГ |  |  |  |  |  |
| Информация о маршрутизации пациентов в условиях конкретнойполиклиники (медицинской организации) |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 |
| Информация о правилах записи на первичный прием, консультации, обследования |  |  |  |  |  |
| Информация о внеочередном приеме (оказании медицинской помощи) отдельных категорий граждан в соответствии сзаконодательством Российской Федерации (Федеральный закон от 12.01.1995 № 5-ФЗ «О ветеранах», 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») |  |  |  |  |  |
| 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 лекарственныхпрепаратов) |  |  |  |  |  |
| Информация о правилах предоставления платных медицинскихуслуг (образец договора) |  |  |  |  |  |
| Процент наличия элементов информации, % |  |
| Соответствие критерию (да/нет): |  |

ФИО, должность ФИО, должность

проводившего оценку представителя МО

Подпись 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 критерия: |  |

ФИО, должность проводившего оценку

Подпись

ФИО, должность представителя МО

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 2 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Этаж 3 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Время принятия решения в точках ветвления маршрутов: |  |
| Достижение целевого значения (да/нет): |  |

ФИО, должность проводившего оценку

Подпись

ФИО, должность представителя МО

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 критерия (да/нет)** |
| **по предварительной записи (да/нет)** | **строго по времени (да/нет)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Достижение целевого значения (да/нет): |  |

ФИО, должность проводившего оценку

Подпись

ФИО, должность представителя МО

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 критерия (да/нет)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

ФИО, должность проводившего оценку

Подпись

ФИО, должность представителя МО

Подпись

**Проверочный лист достижения целевого значения критерия**

**«Обеспечение выполнения профилактического осмотра и (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 критерия (да/нет)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Достижение целевого значения (да/нет): |  |

ФИО, должность проводившего оценку

Подпись

ФИО, должность представителя МО

Подпись