

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, 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 _____
проводившего оценку
Подпись _____

ФИО, должность _____
представителя МО
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 _____
проводившего оценку
Подпись _____

ФИО, должность _____
представителя МО
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 _____
проводившего оценку
Подпись _____

ФИО, должность _____
представителя МО
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
«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)					

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 с законодательством 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 лекарственных препаратов)					
Информация о правилах предоставления платных медицинских услуг (образец договора)					
Процент наличия элементов информации, %					
Соответствие критерию (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 _____