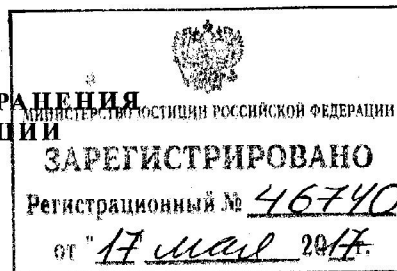




МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(Минздрав России)



## П Р И К А З

10 мая 2017 г.

№ 2034

Москва

### Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи

В соответствии с частью 2 статьи 64 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165) п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить критерии оценки качества медицинской помощи согласно приложению.
2. Отменить приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 июля 2016 г. № 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 августа 2016 г., регистрационный № 43170).
3. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 июля 2015 г. № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 августа 2015 г., регистрационный № 38494).
4. Настоящий приказ вступает в силу с 1 июля 2017 года.

Врио Министра

Д.В. Костенников

КОПИЯ ВЕРНА

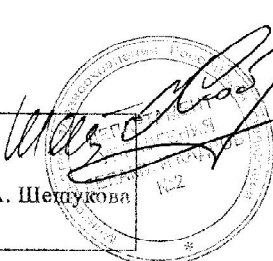
Начальник

Общего отдела

10 мая 2017 г.

А.А. Шешукова

20 17 г.



Приложение  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от «10» мая 2017 г. № 203н

**Критерии оценки качества медицинской помощи**

**I. Общие положения**

1.1. Настоящие критерии оценки качества медицинской помощи (далее – критерии качества) применяются при оказании медицинской помощи в медицинских и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, полученную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

1.2. Критерии качества применяются в целях оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

1.3. Критерии качества применяются по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях).

**II. Критерии качества по условиям оказания медицинской помощи**

2.1. Критерии качества в амбулаторных условиях:

а) ведение медицинской документации – медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях<sup>1</sup>, истории развития ребенка, индивидуальной карты беременной и родильницы (далее – амбулаторная карта):

заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой;

наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство<sup>2</sup>;

<sup>1</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный № 36160).

<sup>2</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июня 2013 г., регистрационный № 28924), с изменением, внесенным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2015 г. № 549н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 сентября 2015 г., регистрационный № 38783).

б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи: оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в амбулаторной карте;

в) установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;

г) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

д) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента;

е) назначение лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

ж) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (далее – клинические рекомендации):

оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в амбулаторной карте;

установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения;

проведение при затруднении установления клинического диагноза консилиума врачей<sup>3</sup> с внесением соответствующей записи в амбулаторную карту с подписью заведующего амбулаторно-поликлиническим отделением медицинской организации;

з) внесение соответствующей записи в амбулаторную карту при наличии заболевания (состояния), требующего оказания медицинской помощи в стационарных условиях, с указанием перечня рекомендуемых лабораторных и инструментальных методов исследований, а также оформление направления с указанием клинического диагноза при необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме;

и) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций;

к) назначение и выписывание лекарственных препаратов в

<sup>3</sup> Статья 48 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).

соответствии с установленным порядком<sup>4</sup>:

оформление протокола решения врачебной комиссии медицинской организации;

внесение записи в амбулаторную карту при назначении лекарственных препаратов для медицинского применения и применении медицинских изделий по решению врачебной комиссии медицинской организации<sup>5</sup>;

л) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке<sup>6</sup>;

м) осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке<sup>7</sup> с соблюдением периодичности обследования и длительности диспансерного наблюдения;

н) проведение медицинских осмотров, диспансеризации в установленном порядке<sup>8</sup>, назначение по их результатам, в случае необходимости, дополнительных медицинских мероприятий, в том числе установление диспансерного наблюдения.

2.2. Критерии качества в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

а) ведение медицинской документации – медицинской карты стационарного больного, истории родов, истории развития новорожденного (далее – стационарная карта):

заполнение всех разделов, предусмотренных стационарной картой;

наличие информированного добровольного согласия на медицинское

<sup>4</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 июня 2013 г., регистрационный № 28883), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2013 г. № 886н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 декабря 2013 г., регистрационный № 30714) и от 30 июня 2015 г. № 386н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 6 августа 2015 г., регистрационный № 38379) (далее - приказ Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1175н).

<sup>5</sup> В соответствии с пунктом 4.7 Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 502н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 июня 2012 г., регистрационный № 24516), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2013 г. № 886н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 декабря 2013 г., регистрационный № 30714).

<sup>6</sup> Статья 59 Федерального закона № 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165).

<sup>7</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 февраля 2013 г., регистрационный № 27072) и приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 1348н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 марта 2013 г., регистрационный № 27909).

<sup>8</sup> Часть 7 статьи 46 Федерального закона № 323 - ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165; 2016, № 27, ст. 4219).

вмешательство<sup>9</sup>;

б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи в приемном отделении или профильном структурном подразделении (далее – профильное отделение) (дневном стационаре) или отделении (центре) анестезиологии-реанимации медицинской организации:

оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в стационарной карте;

в) установление предварительного диагноза врачом приемного отделения или врачом профильного отделения (дневного стационара) или врачом отделения (центра) анестезиологии-реанимации медицинской организации не позднее 2 часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию;

г) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

д) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента, лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии);

е) назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

ж) указание в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства при заболевании (состоянии) и наличии медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики;

з) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций:

установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации;

установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение;

и) внесение в стационарную карту в случае особенностей течения заболевания, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых

<sup>9</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июня 2013 г., регистрационный № 28924), с изменением, внесенным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2015 г. № 549н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 сентября 2015 г., регистрационный № 38783).

методов исследований, соответствующей записи, заверенной подписью заведующего профильным отделением (дневным стационаром):

принятие решения о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации врачебной комиссией медицинской организации с оформлением протокола и внесением в стационарную карту<sup>10</sup>;

принятие при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решения консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в стационарную карту<sup>10</sup>;

оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в стационарной карте, подписанного лечащим врачом и заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

к) проведение в обязательном порядке осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением в стационарную карту соответствующей записи, подписанной заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

л) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения:

проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) после установления клинического диагноза;

проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) при изменении степени тяжести состояния пациента;

м) назначение лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения<sup>11</sup> и перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи<sup>12</sup>, врачебной комиссией медицинской организации, с оформлением решения протоколом с внесением в стационарную карту;

осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другое профильное отделение внутри медицинской организации с принятием решения о переводе заведующими соответствующими

<sup>10</sup> Статья 48 Федерального закона № 323-ФЗ.

<sup>11</sup> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2016 г. № 2885-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2017, № 2, ст. 435).

<sup>12</sup> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 22 октября 2016 г. № 2229-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2016, № 44, ст. 6177).

структурными подразделениями (из которого переводится пациент и в которое переводится пациент) с внесением соответствующей записи в стационарную карту;

н) осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, утвержденными соответствующими порядками оказания медицинской помощи по профилям или группам заболеваний, с принятием решения о переводе врачебной комиссией медицинской организации, из которой переводится пациент (с оформлением протокола и внесением в стационарную карту), и согласованием с руководителем медицинской организации, в которую переводится пациент;

о) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке<sup>6</sup>;

п) проведение при летальном исходе патолого-анатомического вскрытия в установленном порядке<sup>13</sup>;

р) отсутствие расхождения клинического диагноза и патолого-анатомического диагноза;

с) оформление по результатам лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара выписки из стационарной карты с указанием клинического диагноза, данных обследования, результатов проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, подписанной лечащим врачом, заведующим профильным отделением (дневным стационаром) и заверенной печатью медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами, выданной на руки пациенту (его законному представителю) в день выписки из медицинской организации.

### **III. Критерии качества по группам заболеваний (состояний)**

**3.1. Критерии качества при некоторых инфекционных и паразитарных болезнях**

**3.1.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при лихорадке без очага инфекции (коды по МКБ – 10: A49.8-A49.9; R50.0-R50.1)**

<sup>13</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 июня 2013 г. № 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 декабря 2013 г., регистрационный № 30612).

### 3.9. Критерии качества при болезнях системы кровообращения

#### 3.9.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром нарушении мозгового кровообращения (коды по МКБ - 10: I60 - I63; G45; G46)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-неврологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография головы или магнитно-резонансная томография головы с описанием и интерпретацией результата не позднее 40 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерно-томографическая ангиография и/или магнитно-резонансная ангиография и/или рентгеноконтрастная ангиография церебральных сосудов (при субарахноидальном кровоизлиянии)	Да/Нет
4.	Выполнено определение уровня глюкозы в периферической крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
5.	Выполнено определение уровня тромбоцитов в крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
6.	Выполнено определение международного нормализованного отношения и активированного частичного тромбопластинового времени не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнен системный внутривенный тромболизис не позднее 40 минут от момента установления диагноза (при ишемическом инсульте при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнена спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (при наличии менингеальной симптоматики и отсутствии признаков кровоизлияния по данным компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии головы)	Да/Нет



9.	Выполнена консультация врача-нейрохирурга не позднее 60 минут от момента установления диагноза внутричерепного кровоизлияния	Да/Нет
10.	Начато лечение в условиях блока (палаты) интенсивной терапии или отделения реанимации не позднее 60 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
11.	Выполнено стандартизированное скрининговое тестирование функции глотания не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
12.	Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго и неврологического статуса по шкале инсульта NIH не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
13.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза)	Да/Нет
14.	Начата индивидуальная нутритивная поддержка не позднее 24 часов от момента поступления в стационар с последующей ежедневной коррекцией	Да/Нет
15.	Выполнено определение патогенетического варианта ишемического инсульта по критериям TOAST	Да/Нет
16.	Выполнена профилактика повторных сосудистых нарушений лекарственными препаратами группы антиагреганты при некардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта или лекарственными препаратами группы антикоагулянты при кардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17.	Начата медицинская реабилитация не позднее 48 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
18.	Выполнена оценка по шкале Рэнкин в первые 24 часа от момента поступления в стационар и на момент выписки из стационара	Да/Нет

19.	Оценка по шкале Рэнкин уменьшилась не менее чем на 1 балл за время пребывания в стационаре	Да/Нет
20.	Отсутствие пролежней в период госпитализации	Да/Нет
21.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.9.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при нарушениях ритма сердца и проводимости (коды по МКБ - 10: I44 - I45; I47 - I49)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-кардиологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (кальций, магний, калий, натрий)	Да/Нет
3.	Выполнено электрокардиографическое исследование не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Проведена электроимпульсная терапия и/или временная/постоянная электрокардиостимуляция и/или проведена терапия антиаритмическими лекарственными препаратами внутривенно не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.9.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром коронарном синдроме (коды по МКБ - 10: I20.0; I21 - I24)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-кардиологом не позднее 5 минут от момента	Да/Нет

	поступления в стационар	
2.	Выполнено электрокардиографическое исследование не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено определение уровня тропонинов I, T в крови и/или определение уровня и активности креатинкиназы в крови	Да/Нет
5.	Проведена (при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST электрокардиограммы) терапия фибринолитическими лекарственными препаратами не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (в случае, если терапия фибринолитическими лекарственными препаратами не проведена на догоспитальном этапе) или выполнено первичное чрескожное коронарное вмешательство не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Проведена терапия ингибиторами агрегации тромбоцитов	Да/Нет
7.	Проведена терапия ацетилсалициловой кислотой	Да/Нет
8.	Проведена терапия гиполипидемическими препаратами	Да/Нет
9.	Выполнено электрокардиографическое исследование до начала тромболитической терапии и через 1 час после окончания (в случае проведения тромболитической терапии)	Да/Нет
10.	Выполнено электрокардиографическое исследование до начала чрескожного коронарного вмешательства и через 30 минут после его окончания (при чрескожном коронарном вмешательстве)	Да/Нет
3.9.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезнях, характеризующихся повышенным кровяным давлением (коды по МКБ - 10: I10 - I13; I15)		
N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения

1.	Выполнен осмотр врачом-терапевтом или врачом-кардиологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар (при гипертоническом кризе)	Да/Нет
2.	Выполнено электрокардиографическое исследование не позднее 15 минут от момента поступления в стационар (при гипертоническом кризе)	Да/Нет
3.	Проведена терапия антигипертензивными лекарственными препаратами внутривенно не позднее 15 минут от момента поступления в стационар (при гипертоническом кризе и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, глюкоза, калий, натрий)	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
8.	Выполнено исследование функции нефронов по клиренсу креатинина	Да/Нет
9.	Выполнено суточное мониторирование артериального давления	Да/Нет
10.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
11.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и надпочечников	Да/Нет
12.	Выполнена консультация врача-офтальмолога	Да/Нет
13.	Проведена антигипертензивная терапия ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов	Да/Нет

	ангиотензина II и/или блокаторами кальциевых каналов и/или бета-адреноблокаторами и/или диуретиками (в режиме монотерапии пациентам низкого и среднего стратификационного риска или в режиме комбинированной терапии пациентам среднего, высокого и очень высокого стратификационного риска, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
14.	Достигнуто снижение артериального давления на 25% от исходных значений не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при гипертоническом кризе)	Да/Нет
15.	Достигнут целевой уровень артериального давления или снижение артериального давления на от 25% до 30% от исходных значений при артериальной гипертензии III стадии на момент выписки из стационара	Да/Нет
3.9.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при ишемической болезни сердца (коды по МКБ-10: I20.1; I20.8; I20.9; I25.0; I25.1; I25.2; I25.5; I25.6; I25.8; I25.9)		
N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено электрокардиографическое исследование	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, глюкоза, креатинкиназа)	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
6.	Выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий (при отсутствии проведения на догоспитальном этапе в последние 12 месяцев)	Да/Нет

7.	Выполнена коронарография (при неэффективности медикаментозной терапии)	Да/Нет
8.	Проведена терапия лекарственными препаратами: ацетилсалициловой кислотой и гиполипидемическими и ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Проведена терапия лекарственными препаратами: бета-адреноблокаторами и/или блокаторами кальциевых каналов и/или нитратами и/или выполнено проведение эндоваскулярных методов лечения (при неэффективности медикаментозной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.9.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при хронической сердечной недостаточности (код по МКБ-10: I50.0)		
N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено электрокардиографическое исследование	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (калий, натрий, креатинин, креатинкиназа, лактатдегидрогеназа, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование функции нефронов по клиренсу креатинина	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
6.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет

7.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
8.	Проведена терапия лекарственными препаратами: ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или бета-адреноблокаторами и/или альдостерона антагонистами и/или "петлевыми" диуретиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.9.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при левожелудочковой недостаточности (код по МКБ-10: I50.1)		
N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-кардиологом не позднее 5 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено электрокардиографическое исследование не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено определение уровня тропонинов I, T в крови и/или определение уровня и активности креатинкиназы в крови	Да/Нет
4.	Выполнена пульсоксиметрия не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
5.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислородом в крови, диуреза)	Да/Нет
6.	Выполнена эхокардиография не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет

8.	Проведена терапия лекарственными препаратами: опиоидами и/или нитратами и/или миолитиками и/или "петлевыми" диуретиками и/или адрено- и допаминомиметиками и/или кардиотониками внутривенно не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено ингаляционное введение кислорода (при сатурации менее 95%)	Да/Нет
10.	Выполнена неинвазивная искусственная вентиляция легких (при сатурации менее 90% на фоне ингаляционного введения кислорода и медикаментозной терапии)	Да/Нет
11.	Выполнен общий (клинический) анализ крови не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
12.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (калий, натрий, глюкоза, мочевины, креатинин, билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
13.	Выполнено исследование функции нефронов по клиренсу креатинина не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
14.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.9.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при миокардите (коды по МКБ-10: I40; I41*; I51.4)		
N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня тропонинов I, T в крови	Да/Нет



3.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
4.	Выполнено определение антител к антигенам миокарда в крови	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
6.	Выполнена коронарография	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами: бета-блокаторами и/или диуретиками и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (при сердечной недостаточности и наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена временная электрокардиостимуляция (при брадикардии и/или блокаде, являющейся триггером желудочковой аритмии, в острую фазу миокардита или панкардита)	Да/Нет
3.9.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при гипертрофической кардиомиопатии (коды по МКБ-10: I42.1; I42.2)		
N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-кардиологом	Да/Нет
2.	Выполнена электрокардиография не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
4.	Проведено холтеровское исследование	Да/Нет

5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, глюкоза, калий, натрий)	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический с целью определения липидного обмена	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами: бета-адреноблокаторами и/или блокаторами кальциевых каналов и/или ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или диуретиками (в режиме монотерапии или в режиме комбинированной терапии пациентам, при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнена консультация врачом-сердечно-сосудистым хирургом	Да/Нет
3.9.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при эмболии и тромбозе артерий (код по МКБ-10: I74)		
N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено цветное дуплексное сканирование и/или ангиография пораженных сегментов артерий	Да/Нет
2.	Выполнено измерение систолического артериального давления и расчет лодыжечно-плечевого индекса на обеих ногах (при тромбозах и эмболиях артерий нижних конечностей)	Да/Нет
3.	Проведена консультация врачом-кардиологом	Да/Нет
4.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 6 часов от момента эмболии (тромбоза) (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

6.	Проведена терапия ацетилсалициловой кислотой (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы гепарины (при хирургическом вмешательстве и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено определение активированного частичного тромбопластинового времени в крови (АЧТВ) не реже 1 раз в 24 часа (при применении лекарственных препаратов группы гепарины)	Да/Нет
9.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
3.9.11. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при флебите и тромбофлебите, эмболии и тромбозе других вен (коды по МКБ-10: I80; I82)		
N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено цветное дуплексное сканирование вен и/или флебография	Да/Нет
2.	Проведена эластическая компрессия нижних конечностей	Да/Нет
3.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы гепарины и/или антикоагулянтными средствами непрямого действия (антагонистами витамина К) и/или нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами не позднее четырех часов от момента поступления в стационар (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено определение активированного частичного тромбопластинового времени в крови (АЧТВ) не реже 1 раза в 24 часа в случае применения лекарственных препаратов группы гепарины	Да/Нет
5.	Выполнено определение международного нормализованного отношения (МНО) не реже 1 раза в 72 часа (при применении антикоагулянтных	Да/Нет

	лекарственных препаратов непрямого действия (антагонистов витамина К))	
6.	Отсутствие развития легочной эмболии в период госпитализации	Да/Нет
7.	Достигнуто целевое значение международного нормализованного отношения (МНО) (при применении антикоагулянтных лекарственных препаратов непрямого действия (антагонистов витамина К))	Да/Нет

3.9.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при варикозном расширении вен нижних конечностей (код по МКБ-10: I83)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено цветное дуплексное сканирование вен нижних конечностей	Да/Нет
2.	Выполнено флебосклерозирующее вмешательство или хирургическое вмешательство и/или консервативное лечение (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Проведена эластическая компрессия нижних конечностей	Да/Нет
4.	Отсутствие кровотечения из варикозных вен в период госпитализации	Да/Нет
5.	Отсутствие трофических нарушений или регресс трофических нарушений на момент выписки из стационара	Да/Нет
6.	Достигнута ликвидация патологических рефлюксов в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

3.9.13. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при закупорке и стенозе прецеребральных артерий, не приводящих к инфаркту мозга (код по МКБ-10: I65)

N	Критерии качества	Оценка

п/п		выполнения
1.	Выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий	Да/Нет
2.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
3.	Выполнена коронарография	Да/Нет
4.	Выполнена консультация врачом-неврологом до хирургического вмешательства	Да/Нет
5.	Проведена терапия ацетилсалициловой кислотой (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы гепарины (при хирургическом вмешательстве и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено определение активированного частичного тромбопластинового времени в крови (АЧТВ) не реже 1 раза в 24 часа (при применении лекарственных препаратов группы гепарины)	Да/Нет
8.	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий не позднее 72 часов от момента хирургического вмешательства и перед выпиской из стационара (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
10.	Выполнено исследование времени свертывания крови не позднее 24 часов и повторно не позднее 72 часов от момента хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

11.	Достигнуто устранение стеноза после хирургического вмешательства по данным дуплексного сканирования в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
12.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
13.	Отсутствие тромбоза зоны реконструкции в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
3.9.14. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при атеросклерозе (код по МКБ-10: I70)		
N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено электрокардиографическое исследование	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевины, глюкоза, креатинкиназа)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический	Да/Нет
4.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
5.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
6.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
7.	Выполнена цветное дуплексное сканирование и/или ангиография пораженных сегментов артерий	Да/Нет

8.	Выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий в случае отсутствия проведения данного исследования в течение 12 месяцев	Да/Нет
9.	Выполнено измерение систолического артериального давления и расчет лодыжечно-плечевого индекса на обеих ногах (при атеросклерозе артерий нижних конечностей)	Да/Нет
10.	Проведена терапия ацетилсалициловой кислотой (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Проведена терапия гиполипидемическими лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Проведена терапия лекарственными препаратами: ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы гепарины (при хирургическом вмешательстве и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
14.	Выполнено определение активированного частичного тромбопластинового времени в крови (АЧТВ) не реже 1 раз в 24 часа (при применении лекарственных препаратов группы гепарины)	Да/Нет
15.	Выполнено исследование функции нефронов по клиренсу креатинина после исследования с использованием контрастирующих веществ	Да/Нет
16.	Достигнуто устранение стеноза после хирургического вмешательства по данным дуплексного сканирования в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
17.	Отсутствие тромбоза зоны реконструкции в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

18.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
19.	Отсутствие кровотечения в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве и/или ангиографии)	Да/Нет
20.	Отсутствие формирования пульсирующей гематомы в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве и/или ангиографии)	Да/Нет

3.9.15. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при варикозном расширении вен мошонки (код по МКБ-10: I86.1)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки	Да/Нет
2.	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации	Да/Нет
4.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
6.	Отсутствие рецидива заболевания в период госпитализации	Да/Нет



### 3.13. Критерии качества при болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани

#### 3.13.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при юношеском [ювенильном] артрите (код по МКБ-10: M08)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин, аспартат-трансаминаза, аланин-трансаминаза, ферритин, креатинин, мочевины, лактатдегидрогеназа, креатинкиназа, калий, натрий, ионизированный кальций)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня сывороточных иммуноглобулинов (Ig A, IgG, Ig M)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
6.	Выполнена очаговая проба с туберкулином и/или аллергеном туберкулезным рекомбинантным	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня ревматоидного фактора в крови	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня антинуклеарного фактора в крови	Да/Нет
9.	Выполнено определение антител к двуспиральной дезоксирибонуклеиновой кислоте в крови	Да/Нет

10.	Выполнено определение антител к циклическому цитрулиновому пептиду в крови	Да/Нет
11.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование почек и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства и малого таза и/или магнитно-резонансная томография с внутривенным болюсным контрастированием органов брюшной полости и забрюшинного пространства и малого таза	Да/Нет
12.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
13.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
14.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки	Да/Нет
15.	Выполнена рентгенография и/или компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография пораженных суставов (при наличии суставного синдрома)	Да/Нет
16.	Выполнена магнитно-резонансная томография крестцово-подвздошных сочленений (при ювенильном анкилозирующий спондилите (M08.1))	Да/Нет
17.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом	Да/Нет
18.	Выполнено исключение инфекционных заболеваний	Да/Нет
19.	Выполнено исключение заболеваний желудочно-кишечного тракта, включая воспалительные заболевания кишечника	Да/Нет
20.	Выполнено исключение онкологических заболеваний и гемабластозов	Да/Нет
21.	Не выполнено назначение антибактериальных лекарственных препаратов и/или антагониста фолиевой кислоты из группы антиметаболитов и/или	Да/Нет

	лекарственных препаратов из группы аминосалициловой кислоты и аналогичных лекарственных препаратов и/или группы иммунодепрессантов и/или группы системные глюкокортикостероиды (на этапе установления диагноза и/или при другом юношеском артрите (M08.8) и юношеском артрите неуточненном (M08.9))	
22.	Проведена терапия нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами (на этапе установления диагноза и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
23.	Выполнена терапия лекарственными препаратами: группы нестероидные противовоспалительные и/или антагонистом фолиевой кислоты из группы антиметаболитов и/или группы аминосалициловой кислоты и аналогичных лекарственных препаратов и/или группы иммунодепрессанты и/или группы системные глюкокортикостероиды (при подтвержденном диагнозе, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
24.	Проведена оценка эффективности и безопасности терапии	Да/Нет
3.13.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при остеомиелите (код по МКБ-10: M86)		
N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография пораженной кости и смежных суставов в двух и более проекциях, в том числе функциональная	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография пораженной кости и/или ультразвуковое исследование пораженной кости и/или фистулография (при наличии свища)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ мочи общий	

5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, общий белок, альбумин)	Да/Нет
6.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
7.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из очага с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при наличии свища или хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
8.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Проведена терапия анти тромботическими лекарственными препаратами (при хирургическом вмешательстве и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнена эластическая компрессия нижних конечностей (при хирургическом вмешательстве и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Достигнута частичная или полная ремиссия патологического процесса на момент выписки из стационара	Да/Нет
12.	Достигнута полная или частичная опороспособность нижних конечностей, в том числе с использованием временных дополнительных средств фиксации (гипсовая лонгета, ортез, тугор, аппарат Илизарова) на момент выписки из стационара (при поражении кости нижней конечности)	Да/Нет
3.13.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при анкилозирующем спондилите (код по МКБ-10: M45)		
N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения

1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, глюкоза, холестерин, щелочная фосфатаза)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
5.	Выполнена оценка активности болезни с использованием индекса BASDAI	Да/Нет
6.	Выполнена обзорная рентгенография таза и/или магнитно-резонансная томография крестцово-подвздошного сочленения (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы нестероидные противовоспалительные препараты и/или антагонистом фолиевой кислоты из группы антиметаболитов и/или лекарственными препаратами из группы аминсалициловой кислоты и аналогичных лекарственных препаратов и/или препаратами группы иммунодепрессанты (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.13.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при сухом синдроме [Шегрена] (код по МКБ-10: M35.0)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом	Да/Нет
3.	Выполнено определение слезовыделения (тест Ширмера)	Да/Нет

4.	Выполнено окрашивание эпителия роговицы/конъюнктивы раствором флюоресцеина	Да/Нет
5.	Выполнено определение времени разрыва прекорнеальной слезной пленки	Да/Нет
6.	Выполнена консультация врачом-стоматологом	Да/Нет
7.	Выполнена сиалометрия стимулированная	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование слюнных желез (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/нет
10.	Выполнен анализ мочи общий	Да/нет
11.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевины, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, щелочная фосфатаза, общий белок и белковые фракции, глюкоза)	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
13.	Выполнено исследование уровня ревматоидного фактора в крови	Да/Нет
14.	Выполнено исследование уровня антинуклеарного фактора в крови	Да/Нет
15.	Выполнено определение антител к Ro/SS-A, La/SS-B ядерным антигенам (при установлении диагноза)	Да/Нет
16.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы системные глюкокортикостероиды и/или алкилирующими средствами и/или группы	Да/Нет

---

моноклональные антитела (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)

---

17. Выполнен повторный анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, глюкоза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза) не позднее 5 дней от момента начала терапии Да/Нет

---

3.13.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при подагре, других кристаллических артропатиях (коды по МКБ-10: M10; M11)

---

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
-------	-------------------	-------------------

---

1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
----	--	--------

---

2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
----	---	--------

---

3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, глюкоза, холестерин, мочевая кислота)	Да/Нет
----	---	--------

---

4.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
----	---	--------

---

5.	Выполнено исследование синовиальной жидкости и/или содержимого подкожного узла (тофуса) в поляризационном микроскопе и/или ультразвуковое исследование пораженных суставов (при установлении диагноза)	Да/Нет
----	--	--------

---

6.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации	Да/Нет
----	---	--------

---

7.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы нестероидные противовоспалительные препараты и/или группы противподагрические препараты и/или группы системные глюкокортикостероиды (парентерально и/или перорально и/или внутрисуставно) и/или группы моноклональные антитела (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
----	--	--------

---

---

8.	Уменьшение количества припухших суставов на момент выписки из стационара	Да/Нет
----	--	--------

---

3.13.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при серопозитивном ревматоидном артрите и других ревматоидных артритах (коды по МКБ-10: M05; M06)

---

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
----------	-------------------	----------------------

---

1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
----	--	--------

---

2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
----	---	--------

---

3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, глюкоза, холестерин)	Да/Нет
----	--	--------

---

4.	Выполнено исследование уровня ревматоидного фактора в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
----	---	--------

---

5.	Выполнено определение антител к циклическому цитрулиновому пептиду в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
----	--	--------

---

6.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
----	---	--------

---

7.	Выполнена оценка активности с использованием индекса DAS28	Да/Нет
----	--	--------

---

8.	Выполнена рентгенография кистей и дистальных отделов стоп (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
----	--	--------

---

9.	Проведена терапия лекарственными препаратами: антагонистом фолиевой кислоты из группы антиметаболитов и/или группы аминосалициловой кислоты и аналогичных лекарственных препаратов и/или группы аминохинолины и/или группы иммунодепрессанты и/или группы	Да/Нет
----	---	--------

---



---

моноклональные антитела (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)

---

3.13.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при узелковом полиартериите и родственных состояниях, других некротизирующих васкулопатиях (коды по МКБ-10: M30; M31)

---

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, общий белок, глюкоза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование мочи методом Нечипоренко (при повышении креатинина в крови и/или протеинурии)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
7.	Выполнено определение в крови антител к цитоплазме нейтрофилов и/или антител к протеиназе-3 и миелопероксидазе	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня иммуноглобулина А (IgA) в крови	Да/Нет
9.	Выполнено исследование уровня криоглобулинов в крови	Да/Нет
10.	Выполнено определение в крови антител к базальной мембране клубочков (при впервые выявленных за последний месяц повышении креатинина в	Да/Нет

	крови и/или кровохарканьи)	
11.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
12.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
13.	Выполнена эхокардиография (при одышке или боли в области сердце или нарушении ритма сердца)	Да/Нет
14.	Выполнена консультация врачом-оториноларингологом	Да/Нет
15.	Выполнена компьютерная томография придаточных пазух носа и височных костей при некротизирующем поражении верхних дыхательных путей и/или снижении слуха длительностью более 3 месяцев (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
16.	Выполнена компьютерная томография глазниц (при птозе века и/или экзофтальме и при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
17.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга (при признаках очагового поражения головного мозга или при расстройствах зрения или слепоте и при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
18.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы системные глюкокортикостероиды и/или алкилирующими средствами и/или группы иммунодепрессанты и/или группы моноклональные антитела (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
19.	Выполнен повторный общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 5 дней от момента начала терапии	Да/Нет

3.13.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при системной красной волчанке (код по МКБ-10: M32)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (альбумин, креатинин, мочеви́на, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, общий белок, креатинфосфокиназа, глюкоза, мочева́я кислота, холестерин)	Да/Нет
4.	Выполнен общий анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнено определение белка в суточной моче	Да/Нет
6.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации	Да/Нет
7.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
8.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
9.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
10.	Выполнено определение антител к двуспиральной дезоксирибонуклеиновой кислоте иммуноферментным методом	Да/Нет
11.	Выполнено исследование уровня антинуклеарного фактора в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
12.	Выполнена оценка активности по шкале SELENA SLEDAI	Да/Нет

---

13.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы системные глюкокортикостероиды и/или группы иммунодепрессанты и/или алкилирующими лекарственными препаратами и/или группы аминохинолины и/или группы моноклональные антитела (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
-----	--	--------

---

3.13.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при полиартрозе, коксартрозе [артроз тазобедренного сустава], гонартрозе [артроз коленного сустава], других артрозах (коды по МКБ-10: M15.0; M16.0; M17.0; M19.0)

---

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
-------	-------------------	-------------------

---

1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
----	--	--------

---

2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
----	---	--------

---

3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, глюкоза, мочевая кислота, холестерин)	Да/Нет
----	---	--------

---

4.	Выполнена рентгенография суставов (при гонартрозе - коленных суставов, при коксартрозе - тазобедренных суставов, при генерализованном (остео)артрозе наиболее пораженных суставов (при отсутствии проведения исследования в последние 12 месяцев)	Да/Нет
----	---	--------

---

5.	Выполнена оценка выраженности боли в наиболее болезненном суставе по визуальной аналоговой шкале	Да/Нет
----	--	--------

---

6.	Проведена терапия лекарственными препаратами: производными аминофенола и/или группы нестероидные противовоспалительные и/или группы системные глюкокортикостероиды (периартикулярно и/или внутрисуставно) и/или прочими лекарственными препаратами для лечения заболеваний костно-мышечной системы и/или группы противовоспалительные и противоревматические в комбинации с другими лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
----	---	--------

---

3.13.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при системном склерозе и диффузном (эозинофильном) фасциите (коды по МКБ-10: M34; M35.4)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (альбумин, креатинин, мочеви́на, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, общий белок, креатинфосфокиназа, глюкоза, мочева́я кислота, холестеорин)	Да/Нет
3.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
4.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
5.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня антинуклеарного фактора в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы простагландины (при наличии медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.13.11. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при псориатическом артрите (коды по МКБ-10: L40.5; M07.0\* - M07.3\*)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнена консультация врачом-дерматовенерологом (при установлении диагноза)	Да/Нет

3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, щелочная фосфотаза, глюкоза, мочевая кислота, холестерин)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня ревматоидного фактора в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено определение антител к циклическому цитрулиновому пептиду в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
8.	Выполнена оценки общего состояния здоровья и выраженности боли по визуальной аналоговой шкале	Да/Нет
9.	Выполнена оценка активности болезни с использованием индекса BASDAI (при спондилите)	Да/Нет
10.	Выполнена рентгенография кистей и дистальных отделов стоп (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
11.	Выполнена обзорная рентгенография таза и/или магнитно-резонансная томография крестцово-подвздошного сочленения (при спондилите и при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
12.	Выполнена оценка числа болезненных и припухших суставов	Да/Нет
13.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы нестероидные противовоспалительные и/или антагонистом фолиевой кислоты из группы антимаболизитов и/или группы системные глюкокортикостероиды (периартикулярно и/или внутрисуставно) и/или группы аминосалициловой кислоты и аналогичными лекарственными препаратами и/или группы иммунодепрессанты (в зависимости от медицинских показаний и при	Да/Нет

---

отсутствии медицинских противопоказаний)

---

3.13.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезни Бехчета (код по МКБ-10: M35.2)

---

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, щелочная фосфатаза, глюкоза, мочевая кислота, холестерин)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
6.	Выполнена оценка общего состояния здоровья по визуальной аналоговой шкале	Да/Нет
7.	Выполнена оценка активности болезни с использованием индекса BDCAF	Да/Нет
8.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы системные глюкокортикостероиды (парентерально и/или перорально) и/или группы ингибиторы кальциневрина и/или группы иммунодепрессанты и/или алкилирующими лекарственными препаратами и/или группы моноклональные антитела (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

---