Проверочный лист достижения целевого значения критерия
«Количество пересечений потоков пациентов при проведении профилактического медицинского осмотра, первого

этапа диспансеризации с иными потоками пациентов в поликлинике»

(для медицинских организаций, проводящих профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию ВЗРОСЛОГО населения)

Наименование поликлиники Дата:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Перечень мероприятий оцениваемого процесса | Номеркабинета или егонаименование | Организация разделения потоков пациентов | Наличиепересеченийпотоков(Да/Нет) |
| в пространстве (Да/Нет) | во времени (Да/Нет) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Определение уровня глюкозы крови экспресс-методом |  |  |  |  |
| Определение уровня общего холестерина крови экспресс-методом |  |  |  |  |
| Забор крови (с целью выполнения общего анализа крови, определения уровня глюкозы и общего холестерина крови, ПСА) |  |  |  |  |
| Взятие мазка с поверхности шейки матки |  |  |  |  |
| Электрокардиография |  |  |  |  |
| Измерение внутриглазного давления |  |  |  |  |
| Флюорография |  |  |  |  |
| Маммография |  |  |  |  |
| Эзофагогастродуоденоскопия |  |  |  |  |
| Краткое профилактическое консультирование |  |  |  |  |
| Осмотр врача-терапевта |  |  |  |  |
| Осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом |  |  |  |  |
| Общее количество пересечений, единица: |  |
| Достижение целевого значения (Да/Нет): |  |

ФИО, должность проводившего оценку ФИО, должность представителя поликлиники

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проверочный лист достижения целевого значения критерия
«Количество пересечений потоков пациентов при проведении профилактического медицинского осмотра, первого

этапа диспансеризации с иными потоками пациентов в поликлинике»

(для медицинских организаций, проводящих профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию ДЕТСКОГО населения)

Наименование поликлиники Дата:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Перечень мероприятий оцениваемого процесса | Номер или наименование кабинета | Организация разделения потоков пациентов | Наличиепересеченийпотоков(Да/Нет) |
| в пространстве (Да/Нет) | во времени (Да/Нет) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Осмотр врача-педиатра |  |  |  |  |
| Осмотр врача - детского хирурга |  |  |  |  |
| Осмотр врача-стоматолога детского |  |  |  |  |
| Осмотр врача-невролога |  |  |  |  |
| Осмотр врача - детского уролога-андролога |  |  |  |  |
| Осмотр врача - акушера-гинеколога |  |  |  |  |
| Осмотр врача - травматолога-ортопеда |  |  |  |  |
| Осмотр врача-офтальмолога |  |  |  |  |
| Осмотр врача-оториноларинголога |  |  |  |  |
| Взятие крови для общего анализа |  |  |  |  |
| Исследование уровня глюкозы в крови |  |  |  |  |
| Эхокардиография |  |  |  |  |
| Электрокардиография |  |  |  |  |
| Ультразвуковое исследование почек |  |  |  |  |
| Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов |  |  |  |  |
| Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы, органов репродуктивной сферы |  |  |  |  |
| Нейросонография |  |  |  |  |
| Флюорография |  |  |  |  |
| Общее количество пересечений, единица: |  |
| Достижение целевого значения (Да/Нет): |  |

ФИО, должность проводившего оценку ФИО, должность представителя поликлиники

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проверочный лист достижения целевого значения критерия
«Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской
помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»

(для медицинских организаций, оказывающих данный вид услуг)

Наименование поликлиники Дата:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование должности медицинского работника, оказывающего платные медицинскиеуслуги | Номер или наименование кабинета, в котором медицинский работник оказывает платные медицинские услуги | Организация разделения потоков пациентов | Наличиепересеченийпотоков(Да/Нет) |
| в пространстве (Да/Нет) | во времени (Да/Нет) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Общее количество пересечений, единица: |  |
| Достижение целевого значения (Да/Нет): |  |

ФИО, должность проводившего оценку ФИО, должность представителя поликлиники

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проверочный лист достижения целевого значения критерия
«Количество посадочных мест в зоне (зонах) комфортных условий
ожидания для посещений на 200 посещений плановой мощности

поликлиники»

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Плановаямощностьполиклиники | Расчетное количество посадочных мест в зоне (зонах) комфортных условий ожидания для посетителей, единиц | Наличие зоны (зон) комфортных условий ожидания для посетителей, организованной в соответствии с рекомендациями (Да/Нет) | Фактическое количество посадочных мест в зоне (зонах) комфортных условий ожидания для посетителей, единица |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |
| Достижение целевого значения (Да/Нет): |  |

ФИО, должность проводившего оценку ФИО, должность представителя поликлиники

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проверочный лист достижения целевого значения критерия
«Время поиска в системе навигации поликлиники информации для
принятия решения о дальнейшем направлении движения к конечной
точке маршрута в каждой точке ветвления маршрутов»

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Точки ветвления маршрутов | Пункты назначения | Результат по каждой точке ветвления маршрутов, секунда |
|  |  |  |
|  |  |  |
| секунда | секунда | секунда |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Этаж 1 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Этаж 2 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Этаж ... |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Этаж N |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Время принятия решения, секунда: |  |
| Достижение целевого значения (Да/Нет): |  |

ФИО, должность проводившего оценку ФИО, должность представителя поликлиники

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проверочный лист достижения целевого значения критерия
«Доля элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники,

отвечающих условиям уместности, актуальности, доступности информации»

Наименование поликлиники Дата:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Элемент системы информирования | Условия | Выполнениеусловий(Да/Нет) |
| Наличие(Да/Нет) | Уместность(Да/Нет) | Актуальность(Да/Нет) | Доступность(Да/Нет) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Информация о размещении элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники |  |  |  |  |  |
| Информация о наименовании (полном и сокращенном) медицинской организации, режиме работы, контактная информация медицинской организации (телефон, адрес электронной почты, адрес официального сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», почтовый адрес) |  |  |  |  |  |
| Информация о создании юридического лица и перечне лицензий на осуществление медицинской деятельности |  |  |  |  |  |
| Информация о структуре медицинской организации |  |  |  |  |  |
| Информация о системе управления медицинской деятельностью медицинской организации. График приема граждан руководителем медицинской организации и иными уполномоченными лицами с указанием телефона, адреса электронной почты, номера кабинета |  |  |  |  |  |
| Контактная информация органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального фонда обязательного медицинского страхования, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (телефон, адрес электронной почты, адрес официального сайта в информационно­телекоммуникационной сети «Интернет», адрес) |  |  |  |  |  |
| Правила поведения пациента в поликлинике |  |  |  |  |  |
| Информация о порядке ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Элемент системы информирования | Условия | Выполнениеусловий(Да/Нет) |
| Наличие(Да/Нет) | Уместность(Да/Нет) | Актуальность(Да/Нет) | Доступность(Да/Нет) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Информация о медицинских работниках поликлиники (об уровне их образования и об их квалификации) |  |  |  |  |  |
| Расписание приема врачей поликлиники |  |  |  |  |  |
| Информация о противодействии коррупции |  |  |  |  |  |
| Информация о правах и обязанностях граждан в сфере охраны здоровья |  |  |  |  |  |
| Информация о страховых медицинских организациях, осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации и перечне страховых медицинских организаций, с которыми заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию |  |  |  |  |  |
| Информация о видах, условиях и формах оказываемой медицинской помощи в поликлинике |  |  |  |  |  |
| Информация о порядке, об объемах и условиях предоставления медицинской помощи в соответствии с ПГГ и ТПГГ |  |  |  |  |  |
| Информация о показателях доступности и качества медицинской помощи, установленных ТПГГ |  |  |  |  |  |
| Информация о маршрутизации пациентов поликлиники |  |  |  |  |  |
| Информация о правилах записи на первичный прием, консультацию, диагностические исследования и правилах подготовки к ним |  |  |  |  |  |
| Информация о внеочередном приеме (оказании медицинской помощи) отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации |  |  |  |  |  |
| Информация о сроках и порядке проводимой диспансеризации и профилактическом медицинском осмотре |  |  |  |  |  |
| Информация об иммунопрофилактике инфекционных болезней (вакцинации) в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Элемент системы информирования | Условия | Выполнениеусловий(Да/Нет) |
| Наличие(Да/Нет) | Уместность(Да/Нет) | Актуальность(Да/Нет) | Доступность(Да/Нет) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Информация о профилактике социально-значимых заболеваний, о существующих способах отказа от потребления алкоголя и табака, оказание медицинской помощи при никотиновой, алкогольной или наркотической зависимости |  |  |  |  |  |
| Информация о необходимости экстренного обращения за медицинской помощью при жизнеугрожающих состояниях, заболеваниях и их осложнениях, а также обучении пациентов, имеющих высокий риск развития жизнеугрожающих состояний, и членов их семей правилам первой помощи при этих состояниях |  |  |  |  |  |
| Информация о льготном лекарственном обеспечении (в том числе перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения; перечень лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также лиц после трансплантации органов и (или) тканей; перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций; перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой) |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Элемент системы информирования | Условия | Выполнениеусловий(Да/Нет) |
| Наличие(Да/Нет) | Уместность(Да/Нет) | Актуальность(Да/Нет) | Доступность(Да/Нет) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Информация о предоставлении платных медицинских и иных услуг (правила предоставления; перечень оказываемых платных медицинских услуг; информация о ценах (тарифах) на медицинские услуги; сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; примеры оформления документов (договор, акт), необходимых для получения платных медицинских услуг) |  |  |  |  |  |
| Нормативные правовые акты (в том числе изданные федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления), регламентирующие вопросы организации медицинской деятельности, включая: преемственность оказания медицинской помощи на всех этапах; оказание медицинской помощи, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций; маршрутизацию пациентов, включая организацию консультаций, дополнительных методов обследования в иных медицинских организациях |  |  |  |  |  |
| Доля элементов системы информирования об организации медицинской деятельности поликлиники, отвечающих условиям, %: |  |
| Достижение целевого значения (Да/Нет): |  |

ФИО, должность проводившего оценку ФИО, должность представителя поликлиники

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проверочный лист достижения целевого значения критерия
«Доля времени приемов врача для оказания медицинской помощи в плановой форме в течение рабочей смены,

отведенного для приема по предварительной записи»

Наименование структурного подразделения Дата:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование специальности | Дата оцениваемого приема(в формате дд.мм.гггг) | Номер или наименование кабинета | Время приема, минута | Время приема по предварительной записи, минута | Доля времени, отведенного для приема по предварительной записи, % |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Минимальная доля времени, отведенного для приема по предварительной записи, %: |  |
| Достижение целевого значения (Да/Нет): |  |

ФИО, должность проводившего оценку ФИО, должность представителя поликлиники

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проверочный лист достижения целевого значения критерия
«Доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, от общего количества пациентов,

принятых по предварительной записи»

Наименование поликлиники Дата:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование специальности | Датаоцениваемого приема (в формате дд.мм.гггг) | Номер или наименование кабинета | Время приема по предварительной записи (в формате чч:мм - чч:мм) | Доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, % |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Минимальная доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, %: |  |
| Достижение целевого значения (Да/Нет): |  |

ФИО, должность проводившего оценку ФИО, должность представителя поликлиники

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проверочный лист достижения целевого значения критерия
«Доля предварительных записей на прием в поликлинику, совершенных
ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ОБРАЩЕНИИ пациента или его законного представителя В РЕГИСТРАТУРУ, от общего количества предварительных записей»

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Количество записей на приемв поликлинику всеми доступными способами, запись | Количество записей на прием в поликлинику при обращении в регистратуру, запись | Доля записей, совершенных **при обращении в регистратуру**, % | Достижениецелевогозначения(Да/Нет) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

ФИО, должность проводившего оценку ФИО, должность представителя поликлиники

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проверочный лист достижения целевого значения критерия
«Количество визитов пациента в поликлинику для прохождения
профилактического медицинского осмотра или первого этапа
диспансеризации определенных групп взрослого населения»

(для медицинских организаций, проводящих профилактический медицинский осмотр,

диспансеризацию ВЗРОСЛОГО населения)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Номер медицинской карты пациента или номер полиса обязательного медицинского страхования | Диспансеризация/ профилактический медицинский осмотр, (Д/П) | Количествовизитов,единица |
| 1 | 2 | 3 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Общее количество законченных случаев выполнения первого этападиспансеризации в отчетном периоде, случай |  |
| Количество проанализированных комплектов медицинской документации по законченным случаям выполнения первого этапа диспансеризации, комплект медицинской документации |  |
| Общее количество законченных случаев прохождения профилактического медицинского осмотра в отчетном периоде, случай |  |
| Количество проанализированных комплектов медицинской документации по законченным случаям прохождения профилактического медицинского осмотра, комплект медицинскойдокументации |  |
| Максимальное количество визитов пациента в поликлинику для прохождения профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения,единица: |  |
| Достижение целевого значения (Да/Нет): |  |

ФИО, должность проводившего оценку ФИО, должность представителя поликлиники

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_