

| | | | | |
|---|---|-----------------|---------------------------|--|
|  | ГБУЗ ЛО «Тихвинская межрайонная больница им. А.Ф.Калмыкова» | | | |
| | Стандартная операционная процедура (СОП) | | | |
| | Идентификационный код | | СМК-СОП-Чек-лист | |
| | Версия | 1 | Введена в действие | |
| Экземпляр | 1 | Страница | 1 из 2 | |
| Название СОП | ЧЕК-ЛИСТ оценки качества оказанной медицинской помощи пациентам при инфекционном эндокардите | | | |

ФИО пациента _____ № И/б _____

| № | Критерии качества | Оценка выполнения | | Комментарии |
|-----|--|-------------------|-----|-------------|
| | | Да | Нет | |
| 1. | Заполнение всех разделов, предусмотренных стационарной картой; | Да | Нет | |
| 2. | Наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство; | Да | Нет | |
| 3. | Первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи в приемном отделении или профильном структурном подразделении; | Да | Нет | |
| 4. | Оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в стационарной карте; | Да | Нет | |
| 5. | Установление предварительного диагноза врачом приемного отделения или врачом профильного отделения не позднее 2 часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию; | Да | Нет | |
| 6. | Формирование плана обследования, плана лечения пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза; | Да | Нет | |
| 7. | 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; | Да | Нет | |
| 8. | Назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания и сопутствующих заболеваний; | Да | Нет | |
| 9. | 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; | | | |
| 10. | Установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение медицинской организации; | Да | Нет | |
| 11. | Установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение; | Да | Нет | |
| 12. | Оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в стационарной карте, подписанного лечащим врачом и заведующим профильным отделением; | Да | Нет | |
| | Внесение в стационарную карту в случае особенностей течения заболевания, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований, соответствующей записи, заверенной подписью заведующего профильным отделением; | Да | Нет | |
| 13. | Принятие решения о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации врачебной комиссией медицинской организации с оформлением протокола и внесением в стационарную карту | Да | Нет | |
| 14. | Принятие при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решения консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в стационарную карту | Да | Нет | |
| 15. | Проведение в обязательном порядке осмотра заведующим профильным отделением в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение медицинской организации, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением в стационарную карту соответствующей записи, подписанной заведующим отделением; | Да | Нет | |

| | | | | |
|-----|---|----|-----|--|
| 16 | Осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другое профильное отделение внутри медицинской организации с принятием решения о переводе заведующими соответствующими структурными подразделениями (из которого переводится пациент и в которое переводится пациент) с внесением соответствующей записи в стационарную карту | Да | Нет | |
| 17 | Осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другую медицинскую организацию с согласованием с руководителем медицинской организации, в которую переводится пациент; | Да | Нет | |
| 18 | Проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке; | Да | Нет | |
| 19 | Проведение при летальном исходе патолого-анатомического вскрытия в установленном порядке; | Да | Нет | |
| 20 | Оформление по результатам лечения 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. | Да | Нет | |
| 21 | Отсутствие расхождения клинического диагноза и патолого-анатомического диагноза; | Да | Нет | |
| 22 | Внесение результатов исследований (в том числе ЭКГ, УЗИ, ЭХО КГ, СМ-ЭКГ, КТ, результаты посевов крови и т.д.) в и/б | Да | Нет | |
| 23 | Повторное ЭХОКГ через 5-7 дней, при исходно отрицательных результатах | Да | Нет | |
| 24. | Выполнен осмотр врачом-кардиологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 20 минут от момента поступления в ПРИТ | Да | Нет | |
| 25. | Консультация врача-инфекциониста | Да | Нет | |
| 26. | Выполнено ЭХОКГ при поступлении или на догоспитальном этапе | Да | Нет | |
| 27. | Выполнена повторная ТЭхо-КГ и/или ЧПЭхо-КГ в течение 5-7 дней в случае исходно отрицательных результатов Тэхо-КГ и/или ЧПЭхо-КГ | Да | Нет | |
| 28. | Выполнена ЭКГ | Да | Нет | |
| 29 | Выполнена оценка вероятности инфекционного эндокардита по шкале Duke | | | |
| 30. | Выполнена оценка степени нарушения сознания по шкале Глазго не позднее 30 минут от момента поступления в стационар | Да | Нет | |
| 31. | Выполнена искусственная вентиляция легких (при оценке по шкале Глазго ниже 8 баллов) | Да | Нет | |
| 32 | Выполнено не менее двух бактериологических исследований крови с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам | Да | Нет | |
| 33 | Пациент консультирован кардиохирургом ЛОКБ в максимально короткие сроки | Да | Нет | |
| 34 | Консультирован клиническим фармакологом ЛОКБ перед назначением а/б терапии и в последующем при необходимости | Да | Нет | |
| 35. | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериальное давление, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза) | Да | Нет | |
| 36 | Выполнен анализ мочи общий | Да | Нет | |

| | Должность | ФИО | подпись | дата |
|----------------------------|-----------------|-----|---------|------|
| 1 уровень контроля: | Врач- | | | |
| 2 уровень контроля: | Зав. отделением | | | |
| 3 уровень контроля: | | | | |