



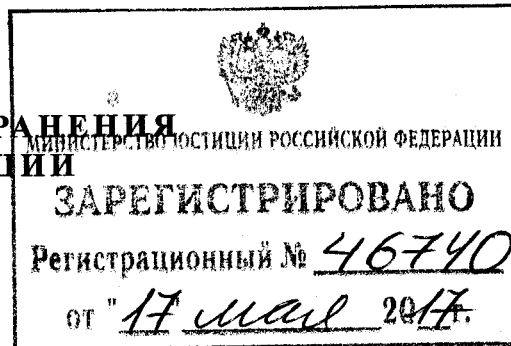
**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

(Минздрав России)

**П Р И К А З**

*10 мая 2017 г.*

Москва



№ 2034

**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  
Общедого отдела

*10 мая 2017 г.*

А.А. Шенукова



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 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).

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена отоскопия	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка или прокальцитонина в крови	Да/Нет
4.	Выполнен общий анализ мочи не позднее 24 часов от момента поступления	Да/Нет
5.	Выполнено бактериологическое исследование крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при наличии лабораторных маркеров бактериальной инфекции)	Да/Нет
6.	Выполнено бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при выявлении лейкоцитурии и/или бактериурии и/или нитритов в моче)	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки (при наличии лабораторных маркеров бактериальной инфекции)	Да/Нет
8.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при подтверждении бактериальной инфекции и/или при наличии лабораторных маркеров бактериальной инфекции)	Да/Нет
9.	Выполнена смена терапии антибактериальными лекарственными препаратами не позднее 72 часов от момента начала антибактериальной терапии (при отсутствии снижения температуры тела)	Да/Нет

3.1.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при вирусном гепатите без печеночной комы (коды по МКБ – 10: B15.9; B16.1; B16.9; B17.1; B17.2; B17.9; B19.9)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин, общий белок, альбумин, глюкоза)	Да/Нет



3.	Выполнено определение протромбинового индекса или коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) при протромбиновом индексе менее 70%	Да/Нет
4.	Выполнено определение маркеров вирусов гепатита А и Е и/или вирусов гепатита В и С методами иммуноферментного анализа или хемилюминесцентного иммунного анализа или полимеразной цепной реакции	Да/Нет
5.	Проведена инфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) или компьютерная томография органов брюшной полости или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости	Да/Нет
7.	Достигнуто снижение уровня аланинаминотрансферазы менее 150 Ед/л на момент выписки из стационара	Да/Нет
8.	Достигнут уровень билирубина в крови не выше 40 мкмоль/л на момент выписки из стационара	Да/Нет
9.	Достигнут уровень протромбинового индекса не ниже 80% на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при вирусном гепатите с печеночной комой (коды по МКБ – 10: В15.0; В16.0; В16.2)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Проведены инфузионно-трансфузионная терапия и терапия лекарственными препаратами группы глюкокортикостероидов не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено определение вирусов гепатитов А, В, С, D методами иммуноферментного анализа или хемилюминесцентного иммунного анализа или полимеразной цепной реакции не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, билирубин, общий белок,	Да/Нет

	альбумин, электролиты крови) не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	
6.	Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
8.	Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
9.	Проведена инфузионно-трансфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний) не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
10.	Выполнена искусственная вентиляция легких (при развитии тяжелой дыхательной недостаточности и оценке по шкале Глазго ниже 8 баллов)	Да/Нет
11.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при среднетяжелой и тяжелой формах острого вирусного гепатита с длительным холестазом и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) или компьютерная томография органов брюшной полости или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости	Да/Нет
13.	Достигнуто улучшение сознания по шкале Глазго	Да/Нет
14.	Достигнут уровень билирубина в крови не выше 60 мкмоль/л на момент выписки из стационара (за исключением холестатических форм)	Да/Нет
15.	Достигнут уровень протромбинового индекса не ниже 70% на момент выписки из стационара	Да/Нет
16.	Достигнуто уменьшение гепатомегалии (гепатоспленомегалии) и отсутствие выпота в брюшной полости на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при геморрагической лихорадке с почечным синдромом (код по МКБ-10: А 98.5)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом анестезиологом-реаниматологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий билирубин, натрий, калий, хлор)	Да/Нет
5.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
6.	Выполнено определение антител к антигенам хантавирусов не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и почек и/или компьютерная томография брюшной полости и почек и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и почек	Да/Нет
8.	Выполнено повторное определение антител к антигенам хантавирусов не позднее 192 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
9.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Достигнута нормализация диуреза на момент выписки из стационара	Да/Нет
11.	Достигнута нормализация уровня креатинина и мочевины в крови на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при кишечных инфекциях (коды по МКБ-10: A02.0; A02.2+; A02.8; A02.9; A03; A04; A05.0; A05.2; A05.3; A05.4; A05.8; A05.9; A08; A09)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено измерение массы тела	Да/Нет
2.	Выполнена оценка синдрома дегидратации по шкале Clinical Dehydration Scale	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнена оценка гематокрита	Да/Нет
5.	Выполнено бактериологическое исследование кала и/или определение бактерий в кале методом полимеразной цепной реакции и/или определение бактерий в кале серологическими методами	Да/Нет
6.	Выполнено определение вирусов в кале методом полимеразной цепной реакции и/или определение вирусов в кале серологическими методами	Да/Нет
7.	Выполнено микроскопическое исследование кала на простейшие	Да/Нет
8.	Выполнена оральная регидратация, с использованием глюкозо-солевых растворов (в зависимости от возраста и типа дегидратации)	Да/Нет
9.	Выполнен расчет объема инфузионной терапии в случае проведения инфузионной терапии	Да/Нет
10.	Выполнена терапия лекарственными препаратами группы кишечные адсорбенты	Да/Нет
11.	Проведена терапия противомикробными лекарственными препаратами (при инвазивных диареях средней степени тяжести и тяжелой степени тяжести заболевания и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Достигнута нормализация характера стула и кратности дефекации на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при болезни Лайма (код по МКБ-10: A69.2)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врачом-неврологом не позднее 24 часов от момента поступления в стационар (при наличии неврологических нарушений)	Да/Нет

3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнена спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, лактат, цитологическое исследование) не позднее 6 часов от момента установления диагноза (при нейроборрелиозе и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнена повторная спинномозговая пункция и повторное исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, лактат, цитологическое исследование) (при нейроборрелиозе)	Да/Нет
6.	Выполнено определение антител к борелии Бургдорфера ( <i>Borrelia burgdorferi</i> ) в крови	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография пораженного сустава и/или ультразвуковое исследование пораженного сустава (при суставном синдроме)	Да/Нет
8.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет
10.	Исчезновение эритемы на момент выписки из стационара	Да/Нет
11.	Достигнута нормализация уровня лейкоцитов в периферической крови на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гриппе с другими проявлениями (коды по МКБ-10: J10.1; J10.8; J11.1; J11.8)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при наличии дыхательной недостаточности III степени и/или недостаточности кровообращения III степени и/или нарушении сознания)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет

4.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
5.	Выполнено серологическое исследование или полимеразно-цепная реакция	Да/Нет
6.	Проведена терапия противовирусными лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы ингибиторы нейраминидазы (при тяжелой степени тяжести заболевания и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена дезинтоксикационная терапия оральная и/или инфузионная (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гриппе с пневмонией (коды по МКБ-10: J10.0; J11.0)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при наличии дыхательной недостаточности III степени и/или недостаточность кровообращения III степени и/или нарушении сознания)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
5.	Выполнено серологическое исследование или полимеразно-цепная реакция	Да/Нет
6.	Выполнена пульсоксиметрия не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
8.	Выполнено бактериологическое исследование мокроты или отделяемого с задней стенки глотки при отсутствии мокроты с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
9.	Проведена терапия лекарственными препаратами	Да/Нет

	группы ингибиторы нейраминидазы (при наличии дыхательной недостаточности и/или недостаточности кровообращения и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
10.	Проведена терапия противовирусными лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Проведена дезинтоксикационная терапия оральная и/или инфузионная (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Выполнено ингаляционное введение кислорода до достижения сатурации 95% и более (при сатурации менее 92%)	Да/Нет
14.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом (при сатурации менее 92%)	Да/Нет
15.	Выполнена повторная рентгенография органов грудной клетки перед выпиской из стационара	Да/Нет
16.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет
17.	Достигнут уровень лейкоцитов менее $15 \times 10^9$ на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при менингите (коды по МКБ-10: A39.0+; A87; G00; G01\*; G02\*; G03)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-неврологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго	Да/Нет
3.	Выполнен осмотр-врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 15 минут от момента поступления в стационар (при признаках септического шока или отека головного мозга)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, глюкоза, калий, натрий)	Да/Нет

6.	Выполнена спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, цитологическое исследование) не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнено определение возбудителя в крови бактериологическим методом с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам и/или методом полимеразной цепной реакции не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (до начала антибактериальной терапии)	Да/Нет
8.	Выполнено определение возбудителя в спинномозговой жидкости бактериологическим методом с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам и/или методом полимеразной цепной реакции	Да/Нет
9.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при тяжелой степени тяжести заболевания)	Да/Нет
10.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при выявлении бактериальной инфекции)	Да/Нет
11.	Проведена детоксикационная терапия	Да/Нет
12.	Выполнена повторная спинномозговая пункция и повторное исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, цитологическое исследование)	Да/Нет
13.	Выполнено повторное определение возбудителя в спинномозговой жидкости бактериологическим методом с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам и/или методом полимеразной цепной реакции	Да/Нет
14.	Достигнута нормализация показателей в спинномозговой жидкости на момент выписки из стационара	Да/Нет
15.	Достигнута эрадикация возбудителя в спинномозговой жидкости на момент выписки из стационара	Да/Нет
16.	Достигнуто восстановление уровня сознания до 15 баллов по шкале Глазго	Да/Нет



3.1.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при роже (код по МКБ-10: А46)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза)	Да/Нет
4.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из очага воспаления с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам и/или определение маркеров $\beta$ -гемолитического стрептококка группы А в отделяемом из очага воспаления	Да/Нет
5.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет
6.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.11. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дифтерии (код по МКБ-10: А36)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при наличии токсического шока и/или токсической дифтерии ротоглотки III-IV степени и/или дифтерийного крупа)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен общий анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из ротоглотки и из носа, а также с других пораженных органов на коринобактерии дифтерии с определением их токсигенности и другую флору с определением чувствительности	Да/Нет

	возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам не менее 3 раз	
6.	Выполнено определение антител к дифтерийному токсину в крови 2 раза	Да/Нет
7.	Выполнена консультация врачом-оториноларингологом	Да/Нет
8.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
9.	Выполнено введение антитоксической противодифтерийной сыворотки (при токсической форме или при распространенной форме вне зависимости от сроков или до 96 часов от момента начала заболевания при локализованной форме)	Да/Нет
10.	Проведена дезинтоксикационная терапия оральная и/или инфузионная (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет
12.	Выполнено контрольное бактериологическое исследование отделяемого из ротоглотки и из носа и с других пораженных органов не менее 2 раз через 2 дня после отмены антибактериальной терапии	Да/Нет
13.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет
14.	Достигнута эрадикация возбудителя на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при инфекционном мононуклеозе (код по МКБ-10: B27)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнено определение вирусов герпеса человека 4, 5, 6 типов методом полимеразной цепной реакции в крови и/или определение антител к вирусам герпеса человека 4, 5 типов в крови	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, билирубин)	Да/Нет

6.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из ротоглотки с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
7.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при подтвержденной бактериальной инфекции и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
9.	Проведена дезинтоксикационная терапия оральная и/или инфузионная (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Проведена терапия противовирусными лекарственными препаратами и/или лекарственными препаратами группы интерфероны (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет
12.	Достигнута нормализация уровня билирубина, аспартатаминотрансферазы и/или тенденция к нормализации аланинаминотрансферазы, на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.13. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при клещевом вирусном энцефалите (код по МКБ-10: А84)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-реаниматологом и/или врачом-неврологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена консультация врачом-неврологом	Да/Нет
3.	Выполнена спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, лактат, цитологическое исследование) не позднее 6 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
4.	Выполнена повторная спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, лактат, цитологическое исследование)	Да/Нет
5.	Выполнено определение возбудителя в крови и	Да/Нет

	спинномозговой жидкости бактериологическим методом с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам и/или серологическим методом и/или методом полимеразной цепной реакции не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	
6.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
7.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при средне тяжелой и тяжелой степени тяжести заболевания)	Да/Нет
8.	Проведена терапия иммуноглобулином человека против клещевого энцефалита	Да/Нет
9.	Проведена детоксикационная терапия	Да/Нет
10.	Выполнено повторное определение возбудителя в крови и спинномозговой жидкости серологическим методом и/или методом полимеразной цепной реакции	Да/Нет
11.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет
12.	Достигнута нормализация показателей спинномозговой жидкости на момент выписки из стационара	Да/Нет
13.	Достигнута эрадикация возбудителя в спинномозговой жидкости на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.14. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при описторхозе (код по МКБ-10: B66.0)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, билирубин, креатинин, общий белок, альбумин, амилаза)	Да/Нет
4.	Выполнено микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов	Да/Нет
5.	Выполнено определение антител к возбудителю	Да/Нет

	описторхоза ( <i>Opistorchis felineus</i> ) в крови	
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
7.	Проведена терапия антигистаминными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена терапия спазмолитическими лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Проведена терапия специфическими антигельминтными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Отсутствие яиц описторхисов в кале на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.15. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при скарлатине (код по МКБ-10: А38)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого на бета-гемолитический стрептококк группы А из ротоглотки с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
5.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
6.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет
7.	Проведена дезинтоксикационная терапия оральная и/или инфузионная (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнен повторный общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
9.	Выполнен повторный анализ мочи общий	Да/Нет
10.	Выполнено повторное бактериологическое исследование отделяемого на бета-гемолитический стрептококк группы А из ротоглотки	Да/Нет
11.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела	Да/Нет

	на момент выписки из стационара	
12.	Достигнута нормализация показателей общего (клинического) анализа крови на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.16. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при коклюше (код по МКБ-10: А37)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом (при тяжелой степени тяжести заболевания)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из ротоглотки и/или носоглотки на палочку коклюша и паракоклюша 2 раза и/или однократное определение ДНК палочек коклюша и паракоклюша методом полимеразной цепной реакции в отделяемом из ротоглотки и/или носоглотки и/или определение антител к палочкам коклюша и паракоклюша в крови 2 раза	Да/Нет
5.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет
6.	Проведена терапия противосудорожными лекарственными препаратами (при тяжелой степени тяжести заболевания и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы системные глюкокортикостероиды (при тяжелой степени тяжести заболевания и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена респираторная поддержка (при тяжелой степени тяжести заболевания)	Да/Нет
9.	Проведена терапия противокашлевыми лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнен контрольный общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
11.	Достигнуто стойкое уменьшение количества и тяжести приступов кашля	Да/Нет

3.1.17. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при ветряной оспе (код по МКБ-10: B01)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнено определение вируса герпеса человека 3 типа методом полимеразной цепной реакции в крови и/или определение антител к вирусу герпеса человека 3 типа в крови	Да/Нет
4.	Проведена дезинтоксикационная терапия оральная и/или инфузионная (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Проведена терапия противовирусными лекарственными препаратами, обладающими противогерпетической активностью (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет
7.	Отсутствие новых высыпаний в течение 96 часов до момента выписки из стационара	Да/Нет

3.1.18. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при септицемии (сепсисе) (коды по МКБ-10: A02.1; A39.2; A40; A41; A42.7; A49.9; B37.7; R57.2)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка состояния и степени тяжести заболевания по шкале SOFA не позднее 1 часа от момента установления диагноза	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня лактата в крови не позднее 1 часа от момента установления диагноза	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка и/или прокальцитонина в крови не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО <sub>2</sub> , РаО <sub>2</sub> , ВЕ, SB, ВВ, SO <sub>2</sub> , НbО) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет

5.	Выполнено не менее двух заборов проб крови, взятых из вен разных верхних конечностей, с интервалом 30 минут для бактериологического исследования крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
6.	Начата терапия антибактериальными лекарственными препаратами и/или противогрибковыми лекарственными препаратами и/или противовирусными лекарственными препаратами не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при септическом шоке, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Проведена инфузионная терапия не позднее 45 минут от момента установления диагноза (при гипотензии или лактате $\geq 4$ ммоль/л)	Да/Нет
8.	Не использованы лекарственные препараты на основе гидроксипроксиэтилкрахмала при инфузионной терапии (при тяжелом сепсисе и септическом шоке)	Да/Нет
9.	Выполнено лечение лекарственными препаратами группы вазопрессоры (при гипотензии, не купируемой инфузионной терапией)	Да/Нет
10.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
11.	Выполнена респираторная поддержка (при сатурации кислорода менее 90%)	Да/Нет
12.	Проведена инсулиновая терапия до достижения целевого уровня глюкозы менее 12,9 ммоль/л (только при уровне глюкозы в крови выше 12,9 ммоль/л в двух последовательных анализах крови)	Да/Нет
13.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка и/или прокальцитонина в крови через 48 часов от момента начала антибактериальной терапии	Да/Нет
14.	Выполнено введение низкомолекулярного гепарина или нефракционного гепарина ежедневное однократное (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
15.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы ингибиторы протонного насоса (при сепсисе или септическом шоке и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16.	Выполнено поднятие головного конца кровати на 10-45 градусов (при искусственной вентиляции легких)	Да/Нет



3.1.19. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при туберкулезе органов дыхания, подтвержденном бактериологически или гистологически (код по МКБ-10: A15)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, креатинин)	Да/Нет
2.	Выполнен забор мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани) для микробиологического (культурального) и микроскопического и молекулярно-генетического исследования до начала курса химиотерапии	Да/Нет
3.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани), собранного до начала курса химиотерапии, на жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> ) с идентификацией возбудителя и определением чувствительности возбудителя к противотуберкулезным лекарственным препаратам первого и второго ряда	Да/Нет
4.	Выполнено микроскопическое исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани) на микобактерии ( <i>Mycobacterium spp.</i> ) до начала курса химиотерапии	Да/Нет
5.	Выполнено определение ДНК <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> в мокроте и/или другом биологическом материале (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных водах бронхов, плевральной жидкости, биоптате бронхо-легочной ткани) методом полимеразной цепной реакции с идентификацией возбудителя и определением мутации, ассоциированной с лекарственной устойчивостью как минимум к рифампицину до начала курса химиотерапии	Да/Нет

6.	Проведена химиотерапия по режиму 1 (при лекарственной чувствительности возбудителя)	Да/Нет
7.	Проведена химиотерапия по режиму 2 (при монорезистентности к изониазиду или полирезистентности)	Да/Нет
8.	Проведена химиотерапия по режиму 4 (при множественной лекарственной устойчивости микобактерий и чувствительности к лекарственным препаратам группы фторхинолонов)	Да/Нет
9.	Проведена химиотерапия по режиму 5 (при множественной лекарственной устойчивости микобактерий и резистентности к лекарственным препаратам группы фторхинолонов)	Да/Нет
10.	Выполнен непосредственный контроль медицинским персоналом за приемом не менее 80% назначенных суточных доз противотуберкулезных лекарственных препаратов	Да/Нет
11.	Выполнено повторное микробиологическое (культуральное) исследование мокроты на плотных или жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> ) не реже 1 раза в месяц (в интенсивной фазе лечения)	Да/Нет
12.	Выполнено повторное микроскопическое исследование мокроты на микобактерии ( <i>Mycobacterium spp.</i> ) не реже 1 раза в месяц (в интенсивной фазе лечения)	Да/Нет
13.	Отсутствие нарастания спектра лекарственной устойчивости возбудителя при повторном обследовании микробиологическим (культуральным) и/или молекулярно-генетическим методом в период госпитализации	Да/Нет

3.1.20. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при туберкулезе органов дыхания, не подтвержденным бактериологически или гистологически (код по МКБ-10: A16)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, креатинин)	Да/Нет
2.	Выполнена внутрикожная проба с аллергеном	Да/Нет

	туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении	
3.	Выполнен забор мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани) для микробиологического (культурального), микроскопического, молекулярно-генетического исследования до начала курса химиотерапии	Да/Нет
4.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани), собранного до начала курса химиотерапии, на жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> )	Да/Нет
5.	Выполнено микроскопическое исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани) на микобактерии ( <i>Mycobacterium spp.</i> ) до начала курса химиотерапии	Да/Нет
6.	Выполнено определение ДНК <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> в мокроте и/или другом биологическом материале (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных водах бронхов, плевральной жидкости, биоптате бронхо-легочной ткани) методом полимеразной цепной реакции до начала курса химиотерапии	Да/Нет
7.	Проведена химиотерапия по режиму 3 (при предполагаемой лекарственной чувствительности возбудителя)	Да/Нет
8.	Проведена химиотерапия по режиму 4 (при предполагаемой множественной лекарственной устойчивости)	Да/Нет
9.	Проведена химиотерапия по режиму 5 (при предполагаемой широкой лекарственной устойчивости)	Да/Нет

10.	Выполнен непосредственный контроль медицинским персоналом за приемом не менее 80% назначенных суточных доз противотуберкулезных лекарственных препаратов	Да/Нет
11.	Выполнено повторное микробиологическое (культуральное) исследование мокроты на плотных и жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> ) не реже 1 раза в месяц (в интенсивной фазе лечения)	Да/Нет
12.	Выполнено повторное микроскопическое исследование мокроты на микобактерии ( <i>Mycobacterium spp.</i> ) не реже 1 раза в месяц (в интенсивной фазе лечения)	Да/Нет
13.	Отсутствие появления бактериовыделения при повторном обследовании микробиологическим (культуральным) и/или микроскопическим методом в период госпитализации	Да/Нет

3.1.21. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при туберкулезе органов дыхания (коды по МКБ-10: A15; A16)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнена проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным	Да/Нет
5.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки	Да/Нет
6.	Выполнен забор мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) для бактериологических исследований до начала химиотерапии	Да/Нет
7.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты и/или другого биологического	Да/Нет

	материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) на плотных и жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> ) с идентификацией возбудителя и определением чувствительности возбудителя к противотуберкулезным лекарственным препаратам первого и второго ряда (при наличии бактериовыделения)	
8.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) на плотных и/или жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> ) (при отсутствии бактериовыделения)	Да/Нет
9.	Выполнено микроскопическое исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) на микобактерии ( <i>Mycobacterium spp.</i> )	Да/Нет
10.	Выполнено определение ДНК <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> в мокроте и/или другом биологическом материале (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) методом полимеразной цепной реакции с идентификацией возбудителя и определением мутации, ассоциированной с лекарственной устойчивостью к рифампицину (при наличии бактериовыделения)	Да/Нет
11.	Выполнено определение ДНК <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> в мокроте и/или другом биологическом материале (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) методом полимеразной цепной реакции с идентификацией (при отсутствии бактериовыделения)	Да/Нет
12.	Проведена химиотерапия по режиму 1 (при наличии бактериовыделения и при лекарственной	Да/Нет

	чувствительности возбудителя)	
13.	Проведена химиотерапия по режиму 2 (при наличии бактериовыделения и при монорезистентности к изониазиду или полирезистентности)	Да/Нет
14.	Проведена химиотерапия по режиму 3 (при отсутствии бактериовыделения и при предполагаемой лекарственной чувствительности возбудителя)	Да/Нет
15.	Проведена химиотерапия по режиму 4 (при определяемой и предполагаемой множественной лекарственной устойчивости микобактерий (к изониазиду и рифампицину или рифампицину и чувствительности к лекарственным препаратам группы фторхинолонов)	Да/Нет
16.	Проведена химиотерапия по режиму 5 (при наличии бактериовыделения и при множественной лекарственной устойчивости микобактерий и резистентности к лекарственным препаратам группы фторхинолонов)	Да/Нет
17.	Выполнен непосредственный контроль медицинским персоналом за приемом всех суточных доз противотуберкулезных лекарственных препаратов	Да/Нет
18.	Выполнено повторное микробиологическое (культуральное) исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) на плотных или жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> ) не реже 1 раз в месяц (в интенсивной фазе лечения)	Да/Нет
19.	Выполнено повторное микроскопическое исследование мокроты на микобактерии ( <i>Mycobacterium spp.</i> ) не реже 1 раза в месяц (в интенсивной фазе лечения)	Да/Нет
20.	Выполнено повторный анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза) не реже 1 раза в месяц	Да/Нет
21.	Выполнена повторная рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки не позднее 2 месяца от момента начала химиотерапии	Да/Нет
22.	Отсутствие появления бактериовыделения при повторном обследовании микробиологическим (культуральным) и/или микроскопическим методом в период госпитализации (при отсутствии	Да/Нет

	бактериовыделения)	
23.	Отсутствие появления бактериовыделения при повторном обследовании микробиологическим (культуральным) и/или микроскопическим методом в период госпитализации (при наличии бактериовыделения)	Да/Нет

3.1.22. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при раннем сифилисе (код по МКБ-10: A51)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование отделяемого специфических высыпаний, методом темнопольной микроскопии для обнаружения бледной трепонемы ( <i>Treponema pallidum</i> ) и/или методом полимеразной цепной реакции (при наличии специфических высыпаний на коже и/или слизистых оболочках)	Да/Нет
2.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) количественным нетрепонемным тестом: реакцией микропреципитации и/или тестом быстрых плазменных реагентов в крови	Да/Нет
3.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) с использованием реакции пассивной гемагглютинации и/или иммуноферментным методом и/или с использованием реакции иммунофлюоресценции и/или методом иммуноблоттинга и/или реакции иммобилизации бледных трепонем в крови (при диагностике скрытых форм использовано не менее 2 методов)	Да/Нет
4.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом (при нарушении функции органа зрения)	Да/Нет
5.	Выполнена консультация врачом-неврологом (при наличии неврологической симптоматики)	Да/Нет
6.	Выполнены рентгенография и/или ультразвуковое исследование внутренних органов и/или опорно-двигательного аппарата (при выявлении клинических признаков поражения соответствующего органа)	Да/Нет
7.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами группы пенициллинов (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена антибактериальная терапия лекарственными препаратами группы цефалоспорины III поколения или	Да/Нет

	группы тетрациклинов или группы макролидов при наличии противопоказаний к лекарственным препаратам группы пенициллинов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
--	---	--

3.1.23. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при позднем сифилисе, других и неуточненных формах сифилиса (коды по МКБ-10: A52; A53)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) количественным нетрепонемным тестом: реакцией микропреципитации и/или тестом быстрых плазменных реагентов в крови	Да/Нет
2.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) с использованием реакции пассивной гемагглютинации и/или иммуноферментным методом и/или с использованием реакции иммунофлюоресценции и/или методом иммуноблоттинга и/или реакции иммобилизации бледных трепонем в крови (при установлении диагноза использовано не менее 2 методов)	Да/Нет
3.	Выполнена спинномозговая пункция (при наличии неврологической симптоматики)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование спинномозговой жидкости (определение цитоза, белка) (при спинномозговой пункции)	Да/Нет
5.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) количественным нетрепонемным тестом реакцией микропреципитации и/или тестом быстрых плазменных реагентов в спинномозговой жидкости (при спинномозговой пункции)	Да/Нет
6.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) с использованием реакции пассивной гемагглютинации и/или иммуноферментным методом и/или с использованием реакции иммунофлюоресценции и/или реакции иммобилизации бледных трепонем и/или методом иммуноблоттинга в спинномозговой жидкости (при спинномозговой пункции)	Да/Нет
7.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом	Да/Нет



8.	Выполнена консультация врачом-неврологом	Да/Нет
9.	Выполнена консультация врачом-кардиологом	Да/Нет
10.	Выполнены рентгенография и/или ультразвуковое исследование внутренних органов и/или опорно-двигательного аппарата	Да/Нет
11.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами группы пенициллинов (проведено 2 курса) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Проведена антибактериальная терапия лекарственными препаратами группы цефалоспорины III поколения при наличии противопоказаний к лекарственным препаратам группы пенициллинов (проведено 2 курса) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.1.24. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при врожденном сифилисе (код по МКБ-10: A50)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование отделяемого специфических высыпаний и/или амниотической жидкости и/или ткани плаценты и/или пуповины методом темнопольной микроскопии для обнаружения бледной трепонемы ( <i>Treponema pallidum</i> ) и /или методом полимеразной цепной реакции	Да/Нет
2.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) количественным нетрепонемным тестом: реакцией микропреципитации и/или тестом быстрых плазменных реагентов в крови	Да/Нет
3.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) с использованием реакции пассивной гемагглютинации и/или иммуноферментным методом и/или с использованием реакции иммунофлюоресценции и/или реакции иммобилизации бледных трепонем и/или методом иммуноблоттинга в крови (при установлении диагноза использовано не менее 3 методов)	Да/Нет
4.	Выполнена спинномозговая пункция (при наличии неврологической симптоматики)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование спинномозговой жидкости (определение цитоза, белка) (при спинномозговой пункции)	Да/Нет

6.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) количественным нетрепонемным тестом: реакцией микропреципитации и/или тестом быстрых плазменных реагентов в спинномозговой жидкости (при спинномозговой пункции)	Да/Нет
7.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) с использованием реакции пассивной гемагглютинации и/или иммуноферментным методом и/или с использованием реакции иммунофлюоресценции и/или реакции иммобилизации бледных трепонем и/или методом иммуноблоттинга в спинномозговой жидкости (при спинномозговой пункции)	Да/Нет
8.	Выполнено рентгенография длинных трубчатых костей до начала специфической терапии	Да/Нет
9.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата плаценты и/или пуповины	Да/Нет
10.	Выполнена консультация врачом-неонатологом и/или врачом-педиатром	Да/Нет
11.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом	Да/Нет
12.	Выполнена консультация врачом-неврологом	Да/Нет
13.	Выполнена консультация врачом-оториноларингологом	Да/Нет
14.	Выполнены рентгенография и/или ультразвуковое исследование внутренних органов (при выявлении клинических признаков поражения соответствующего органа)	Да/Нет
15.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами группы пенициллинов (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16.	Проведена антибактериальная терапия лекарственными препаратами группы цефалоспорины III поколения при наличии противопоказаний к лекарственным препаратам группы пенициллинов (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

### 3.2. Критерии качества при новообразованиях

#### 3.2.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при ретинобластоме (код по МКБ-10: С69.2)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-офтальмологом (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена консультация врачом-генетиком (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено офтальмологическое обследование с медикаментозным мидриазом и применением ретинальной камеры (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование орбит и глаз (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография орбит и головного мозга с контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства и шейных лимфатических узлов (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнена радиоизотопная диагностика костей при экстраокулярной форме (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография зон скелета, накапливающих радиофармпрепарат по данным радиоизотопного исследования костей скелета (при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнено морфологическое исследование пунктатов костного мозга из трех точек при экстраокулярной форме (при установлении диагноза)	Да/Нет
11.	Выполнено цитологическое исследование спинномозговой жидкости при экстраокулярной форме (при установлении диагноза)	Да/Нет
12.	Выполнено морфологическое исследование удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
13.	Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого курса полихимиотерапии)	Да/Нет
14.	Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки	Да/Нет
15.	Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от момента установки центрального венозного	Да/Нет

	катетера, введенного через периферическую вену	
16.	Проведен следующий курс полихимиотерапии не позднее 21 – 28 дней от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17.	Выполнено введение химиотерапевтических лекарственных препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 3 л/м <sup>2</sup> /сутки (при внутривенной полихимиотерапии)	Да/Нет
18.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-офтальмологом перед началом каждого курса полихимиотерапии или селективной интраартериальной химиотерапии или интравитреальной химиотерапии	Да/Нет
19.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-офтальмологом перед выполнением транспупиллярной термотерапии или криодеструкции или брахитерапии	Да/Нет
20.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-радиологом перед началом каждого курса лучевой терапии и после завершения каждого курса лучевой терапии	Да/Нет
21.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом перед началом каждого курса лучевой терапии и после завершения каждого курса лучевой терапии	Да/Нет
22.	Выполнен следующий курс полихимиотерапии или селективной интраартериальной химиотерапии или интравитреальной химиотерапии не ранее 21 дня и не позднее 28 дня от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
23.	Выполнено повторное ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства и шейных лимфатических узлов не реже 1 раза в 2 месяца	Да/Нет
24.	Выполнено повторное ультразвуковое исследование глаз и орбит перед началом каждого курса полихимиотерапии или лучевой терапии	Да/Нет
25.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы перед началом каждого курса лучевой терапии или химиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии	Да/Нет

26.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, натрий, калий, хлор) перед началом каждого курса лучевой терапии или полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии	Да/Нет
27.	Выполнен анализ мочи общий перед началом каждого курса лучевой терапии или полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю (при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии)	Да/Нет
28.	Выполнено назначение антибактериальных лекарственных препаратов (при фебрильной нейтропении)	Да/Нет
29.	Отсутствие гнойно-септических осложнений	Да/Нет

3.2.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при гепатобластоме (код по МКБ-10: C22.2)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием органов брюшной полости и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено морфологическое исследование ткани первичной опухоли и/или очагов, подозрительных на метастатические (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнен просмотр/пересмотр гистологических препаратов врачом-патологоанатомом в медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого	Да/Нет

	курса полихимиотерапии)	
8.	Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки	Да/Нет
9.	Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от момента установки центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену	Да/Нет
10.	Выполнено морфологическое исследование удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
11.	Выполнена повторная магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием органов брюшной полости и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (перед хирургическим вмешательством)	Да/Нет
12.	Выполнена повторная компьютерная томография органов грудной клетки не реже 1 раза в 2 месяца	Да/Нет
13.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (перед началом каждого курса полихимиотерапии)	Да/Нет
14.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-радиологом (перед каждым курсом лучевой терапии)	Да/Нет
15.	Проведен следующий курс полихимиотерапии не позднее 21 дня от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы (перед каждым курсом полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии)	Да/Нет
17.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, натрий, калий, хлор) (перед каждым курсом полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии)	Да/Нет
18.	Выполнен анализ мочи общий (перед каждым курсом полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии)	Да/Нет
19.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 7-14 дня от момента завершения предоперационной полихимиотерапии (при наличии медицинских	Да/Нет

	показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	
20.	Выполнено введение химиотерапевтических лекарственных препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 2 или 3 л/м <sup>2</sup> /сутки (при внутривенной полихимиотерапии)	Да/Нет
21.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при фебрильной нейтропении)	Да/Нет
22.	Отсутствие гнойно-септических осложнений	Да/Нет

3.2.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при герминогенных опухолях (коды по МКБ-10: С38.1; С49.5; С52; С56; С62)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием органов малого таза и брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и брюшной полости и забрюшинного пространства и первичного опухолевого очага (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена радиоизотопная диагностика костей (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография зон, накапливающих радиофармпрепарат по данным радиоизотопного исследования костей (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнено исследование уровня лактатдегидрогеназы в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнено морфологическое исследование ткани первичной опухоли и/или очагов, подозрительных на метастатические (при биопсии и/или при хирургическом вмешательстве на этапе диагностики) (при установлении	Да/Нет

	диагноза)	
11.	Выполнен просмотр/пересмотр гистологических препаратов врачом-патологоанатомом в медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь (при установлении диагноза)	Да/Нет
12.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом перед каждым курсом полихимиотерапии	Да/Нет
13.	Выполнено удаление опухоли без повреждения ее капсулы (при радикальном хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
14.	Выполнено морфологическое исследование удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
15.	Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого курса полихимиотерапии)	Да/Нет
16.	Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки	Да/Нет
17.	Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от момента установки центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену	Да/Нет
18.	Проведена полихимиотерапия не ранее 5 суток и не позднее 7 суток от момента хирургического вмешательства (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
19.	Проведен следующий курс полихимиотерапии не позднее 21 дня от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
20.	Выполнено введение химиотерапевтических лекарственных препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 2 или 3 л/м <sup>2</sup> /сутки (при внутривенной полихимиотерапии)	Да/Нет
21.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и брюшной полости и забрюшинного пространства и первичного опухолевого очага перед началом каждого курса полихимиотерапии	Да/Нет
22.	Выполнена повторная магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием органов малого таза и брюшной полости и забрюшинного пространства (перед хирургическим вмешательством)	Да/Нет



23.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки не реже 1 раза в 2 месяца	Да/Нет
24.	Выполнено исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови перед каждым курсом полихимиотерапии	Да/Нет
25.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина в крови перед каждым курсом полихимиотерапии	Да/Нет
26.	Выполнено исследование уровня лактатдегидрогеназы в крови перед каждым курсом полихимиотерапии	Да/Нет
27.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы перед каждым курсом полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии	Да/Нет
28.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, натрий, калий, хлор) перед каждым курсом полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии	Да/Нет
29.	Выполнен анализ мочи общий перед каждым курсом полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии	Да/Нет
30.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при фебрильной нейтропении)	Да/Нет
31.	Отсутствие гнойно-септических осложнений	Да/Нет

3.2.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при нефробластоме (коды по МКБ-10: С64; С65; С68)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено морфологическое исследование ткани первичной опухоли и/или очагов, подозрительных на метастатические (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием и/или компьютерная томография с внутривенным контрастированием органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза)	Да/Нет

4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена реносцинтиграфия (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнен просмотр/пересмотр гистологических препаратов врачом-патологоанатомом в медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 7-14 дня от момента завершения предоперационной полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено морфологическое исследование удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
10.	Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого курса полихимиотерапии)	Да/Нет
11.	Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки	Да/Нет
12.	Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от момента установки центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену	Да/Нет
13.	Выполнено введение химиотерапевтических лекарственных препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 2 или 3 л/м <sup>2</sup> /сутки (при внутривенной полихимиотерапии)	Да/Нет
14.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (перед каждым курсом полихимиотерапии)	Да/Нет
15.	Выполнена повторная реносцинтиграфия (перед хирургическим вмешательством)	Да/Нет
16.	Выполнена повторная магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием и/или компьютерная томография с внутривенным контрастированием органов брюшной полости и забрюшинного (перед хирургическим вмешательством)	Да/Нет
17.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства не реже 1 раза в месяц	Да/Нет

18.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки не реже 1 раза в 2 месяца	Да/Нет
19.	Выполнено определение клиренса креатинина (перед хирургическим вмешательством)	Да/Нет
20.	Проведен следующий курс полихимиотерапии не позднее 21 дня от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
21.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы перед началом каждого курса полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю (при полихимиотерапии)	Да/Нет
22.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, натрий, калий, хлор) перед началом каждого курса полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю (при проведении полихимиотерапии)	Да/Нет
23.	Выполнен анализ мочи общий перед началом каждого курса полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю (при проведении полихимиотерапии)	Да/Нет
24.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при фебрильной нейтропении)	Да/Нет
25.	Отсутствие гнойно-септических осложнений	Да/Нет

3.2.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при злокачественных и доброкачественных новообразованиях мозговых оболочек, головного мозга и других отделов центральной нервной системы (коды по МКБ-10: C70 – C72; C75.1 – C75.5; C75.8; C75.9; D32; D33; D35.2 – D35.4; D35.7 – D35.9; D42; D43; D44.3 – D44.7; D44.9)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-нейрохирургом при установлении диагноза	Да/Нет
2.	Выполнена консультация врачом-неврологом и врачом-офтальмологом при установлении диагноза	Да/Нет
3.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом при установлении диагноза	
4.	Выполнена консультация врачом-детским эндокринологом при опухолях пинеальной области и/или хиазмально-селлярной области и/или	Да/Нет

	подкорковых структур при установлении диагноза	
5.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга и/или спинного мозга с контрастированием при установлении диагноза	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием при установлении диагноза	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови при опухолях пинеальной области и/или хиазмально-селлярной области и/или подкорковых структур (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина в сыворотке крови при опухолях пинеальной области и/или хиазмально-селлярной области и/или подкорковых структур при установлении диагноза	Да/Нет
9.	Выполнено исследование альфа-фетопротеина в спинномозговой жидкости при опухолях пинеальной области и/или хиазмально-селлярной области и/или подкорковых структур при установлении диагноза (в случае отсутствия внутричерепной гипертензии)	Да/Нет
10.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина в спинномозговой жидкости при опухолях пинеальной области и/или хиазмально-селлярной области и/или подкорковых структур при установлении диагноза в случае отсутствия внутричерепной гипертензии	Да/Нет
11.	Выполнено использование операционного микроскопа при удалении опухоли головного и спинного мозга	Да/Нет
12.	Выполнен просмотр/пересмотр гистологических препаратов врачом-патологоанатомом в медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь (при установлении диагноза)	Да/Нет
13.	Выполнено цитологическое исследование спинномозговой жидкости на наличие опухолевых клеток не ранее 10 дня и не позднее 21 дня от момента хирургического лечения (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
14.	Выполнено морфологическое исследование опухолевой ткани до момента завершения хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
15.	Выполнено морфологическое (гистологическое) и иммуногистохимическое исследование удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

16.	Выполнена повторная компьютерная томография головного мозга не позднее 24 часов от момента завершения хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
17.	Выполнена повторная магнитно-резонансная томография головного мозга и/или спинного мозга с контрастированием не позднее 72 часов от момента завершения хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
18.	Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого курса полихимиотерапии)	Да/Нет
19.	Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от момента установки центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену	Да/Нет
20.	Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки	Да/Нет
21.	Выполнено введение химиотерапевтических препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 3 л/м <sup>2</sup> /сутки (при внутривенной полихимиотерапии)	Да/Нет
22.	Выполнен следующий курс полихимиотерапии не позднее 14 или 21 или 28 или 42 дней (в зависимости от схемы полихимиотерапии) от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
23.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-неврологом перед началом каждого курса полихимиотерапии	Да/Нет
24.	Выполнена консультация врачом-неврологом перед началом каждого курса полихимиотерапии	Да/Нет
25.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом перед началом каждого курса полихимиотерапии	Да/Нет
26.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-радиологом перед началом лучевой терапии	Да/Нет
27.	Выполнена консультация/осмотр врачом-неврологом перед началом лучевой терапии	Да/Нет
28.	Выполнена консультация/осмотр врачом-офтальмологом перед началом лучевой терапии	Да/Нет
29.	Выполнена лучевая терапия или лучевая терапия с химиотерапией не позднее 21 – 28 дней от момента хирургического вмешательства или начала предшествовавшего курса полихимиотерапии (при	Да/Нет

	наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	
30.	Выполнена аудиометрия после лучевой терапии и/или 4 курса полихимиотерапии	Да/Нет
31.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного и/или спинного мозга с внутривенным контрастированием после 2 и 4 и 6 и 8 курсов полихимиотерапии и не ранее 4 недель и не позднее 6 недель после окончания лучевой терапии	Да/Нет
32.	Выполнена компьютерная томография головного мозга при лучевой терапии	Да/Нет
33.	Выполнено исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови после каждого курса полихимиотерапии и через 1 месяц после окончания лучевой терапии (при повышенном уровне на этапе диагностики)	Да/Нет

3.2.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при злокачественных новообразованиях костей и суставных хрящей других и неуточненных локализаций, а также других типов соединительной и мягких тканей (коды по МКБ-10: C40; C41; C49)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено морфологическое исследование ткани первичной опухоли и/или очагов, подозрительных на метастатические (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием пораженной кости и смежных суставов (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование зоны первичного опухолевого очага и регионарных лимфатических узлов и брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография пораженной кости и двух смежных суставов (при установлении диагноза остеосаркома или саркома Юинга)	Да/Нет
7.	Выполнена радиоизотопная диагностика костей (при установлении диагноза остеосаркома)	Да/Нет

8.	Выполнено радиоизотопное исследование костей скелета и мягких тканей и/или магнитно-резонансная томография всего тела (при установлении диагноза саркома Юинга или саркома мягких тканей)	Да/Нет
9.	Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография зон, накапливающих радиофармпрепарат по данным радиоизотопного исследования костей и/или мягких тканей (при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнена рентгенография зоны первичного опухолевого очага в двух проекциях (фронтальной и боковой) с масштабной разметкой (при установлении диагноза остеосаркома или саркома Юинга)	Да/Нет
11.	Выполнено морфологическое исследование пунктатов костного мозга из трех точек (при установлении диагноза)	Да/Нет
12.	Выполнена реносцинтиграфия (при установлении диагноза остеосаркома)	Да/Нет
13.	Выполнен просмотр/пересмотр гистологических препаратов врачом-патологоанатомом в медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь (при установлении диагноза)	Да/Нет
14.	Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого курса полихимиотерапии)	Да/Нет
15.	Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки	Да/Нет
16.	Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от момента установки центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену	Да/Нет
17.	Проведен следующий курс полихимиотерапии не позднее 21 – 28 дней от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
18.	Выполнено введение химиотерапевтических лекарственных препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 3 л/м <sup>2</sup> /сутки (при внутривенной полихимиотерапии)	Да/Нет
19.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (перед каждым курсом полихимиотерапии)	Да/Нет

20.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-радиологом (перед каждым курсом лучевой терапии при саркоме Юинга или саркоме мягких тканей)	Да/Нет
21.	Выполнена повторная радиоизотопная диагностика костей (перед выполнением хирургического вмешательства при остеосаркоме)	Да/Нет
22.	Выполнена повторная радиоизотопная диагностика костей и мягких тканей и/или магнитно-резонансная томография всего тела (перед выполнением хирургического вмешательства при саркоме Юинга или саркоме мягких тканей)	Да/Нет
23.	Выполнено повторное радиоизотопное исследование костей скелета и/или мягких тканей и/или магнитно-резонансная томография всего тела не реже 1 раза в 6 месяцев (при метастатическом поражении костей и/или мягких тканей)	Да/Нет
24.	Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография зон, накапливающих радиофармпрепарат по данным радиоизотопного исследования костей и/или мягких тканей (перед выполнением хирургического вмешательства)	Да/Нет
25.	Выполнено повторное морфологическое исследование пунктатов костного мозга из трех точек (перед началом каждого курса полихимиотерапии при метастатическом поражении костного мозга)	Да/Нет
26.	Выполнена повторная магнитно-резонансная томография зоны первичного опухолевого очага (перед выполнением хирургического вмешательства)	Да/Нет
27.	Выполнено морфологическое исследование краев резекции кости (до момента завершения хирургического вмешательства)	Да/Нет
28.	Выполнено морфологическое исследование удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
29.	Выполнено повторное ультразвуковое исследование зоны первичного опухолевого очага и регионарных лимфатических узлов и брюшной полости и забрюшинного пространства не реже 1 раза в 2 месяца	Да/Нет
30.	Выполнена повторная рентгенография пораженной кости и двух смежных суставов в двух проекциях (фронтальной и боковой) с масштабной разметкой не реже 1 раза в 2 месяца и не позднее 10 суток после хирургического вмешательства (при остеосаркоме или саркоме Юинга)	Да/Нет
31.	Выполнена повторная магнитно-резонансная томография зоны первичного опухолевого очага с	Да/Нет



	внутривенным контрастированием после завершения 2 курсов предоперационной полихимиотерапии и перед выполнении хирургического вмешательства и после завершения 2 курсов послеоперационной полихимиотерапии и далее не реже 1 раза в 2 месяца до достижения ремиссии (при саркоме мягких тканей)	
32.	Выполнено ультразвуковое исследование зоны первичного опухолевого очага и регионарных лимфатических узлов и брюшной полости и забрюшинного пространства не реже 1 раза в 2 месяца	Да/Нет
33.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки не реже 1 раза в 2 месяца при отсутствии метастатического поражения органов грудной клетки и не реже 1 раза в 1 месяц при метастатическом поражении органов грудной клетки	Да/Нет
34.	Выполнена повторная реносцинтиграфия (перед первым введением лекарственного препарата антагониста фолиевой кислоты из группы антимаболитов)	Да/Нет
35.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы перед началом каждого курса полихимиотерапии или лучевой терапии и не реже 1 раза в неделю при проведении полихимиотерапии или лучевой терапии	Да/Нет
36.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, натрий, калий, хлор) перед началом каждого курса полихимиотерапии или лучевой терапии и не реже 1 раза в неделю при проведении полихимиотерапии или лучевой терапии	Да/Нет
37.	Выполнен анализ мочи общий перед началом каждого курса полихимиотерапии или лучевой терапии и не реже 1 раза в неделю при проведении полихимиотерапии или лучевой терапии	Да/Нет
38.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при фебрильной нейтропении)	Да/Нет
39.	Отсутствие гнойно-септических осложнений	Да/Нет

3.2.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при злокачественном новообразовании носоглотки (код по МКБ-10: C11)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен врачом-детским онкологом (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена консультация врачом-оториноларингологом (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием носоглотки и околоносовых пазух и основания черепа (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование мягких тканей шеи (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено эндоскопическое исследование носоглотки (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнена радиоизотопная диагностика костей и мягких тканей (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография зон, накапливающих радиофармпрепарат по данным радиоизотопного исследования костей и мягких тканей (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнено определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейна - Барра (Epstein - Barr virus) в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнено морфологическое исследование пунктатов костного мозга из трех точек (при установлении диагноза)	Да/Нет
11.	Выполнено морфологическое исследование ткани первичной опухоли и/или очагов, подозрительных на метастатические (при установлении диагноза)	Да/Нет
12.	Выполнен просмотр/пересмотр гистологических препаратов врачом-патологоанатомом в медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь (при установлении диагноза)	Да/Нет
13.	Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого курса полихимиотерапии)	Да/Нет
14.	Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки	Да/Нет

15.	Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от момента установки центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену	Да/Нет
16.	Проведен следующий курс полихимиотерапии не позднее 21 – 28 дней от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17.	Выполнено введение химиотерапевтических лекарственных препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 3 л/м <sup>2</sup> /сутки (при внутривенной полихимиотерапии)	Да/Нет
18.	Выполнено повторное морфологическое исследование пунктатов костного мозга из трех точек перед началом каждого курса полихимиотерапии (при метастатическом поражении костного мозга)	Да/Нет
19.	Проведена лучевая терапия на область первичного очага и регионарных лимфатических узлов (при их метастатическом поражении) после 4 курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
20.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (перед каждым курсом полихимиотерапии)	Да/Нет
21.	Выполнена консультация врачом-оториноларингологом (перед каждым курсом полихимиотерапии)	Да/Нет
22.	Выполнено повторное морфологическое исследование пунктатов костного мозга из трех точек перед началом каждого курса полихимиотерапии (при метастатическом поражении костного мозга)	Да/Нет
23.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-радиологом перед каждым курсом лучевой терапии	Да/Нет
24.	Выполнена консультация врачом-оториноларингологом (перед каждым курсом лучевой терапии)	Да/Нет
25.	Выполнена повторная радиоизотопная диагностика костей и мягких тканей после 4 и 8 курсов полихимиотерапии	Да/Нет
26.	Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография зон, накапливающих радиофармпрепарат по данным радиоизотопного исследования костей и мягких тканей	Да/Нет
27.	Выполнена повторная магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием носоглотки и околоносовых пазух и основания черепа (после 2 и 4 и 8 курса полихимиотерапии и через месяц	Да/Нет

	после завершения лучевой терапии)	
28.	Выполнено повторное ультразвуковое исследование мягких тканей шеи перед началом каждого курса полихимиотерапии	Да/Нет
29.	Выполнена повторная компьютерная томография органов грудной клетки не реже 1 раза в 2 месяца	Да/Нет
30.	Выполнено повторное эндоскопическое исследование носоглотки после 2 и 4 и 8 курса полихимиотерапии и через месяц после завершения лучевой терапии	Да/Нет
31.	Выполнено определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейна - Барра (Epstein - Barr virus) в крови после 2 и 4 и 8 курса полихимиотерапии и через месяц после завершения лучевой терапии	Да/Нет
32.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы (перед началом каждого курса полихимиотерапии и лучевой терапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии)	Да/Нет
33.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, натрий, калий, хлор) (перед началом каждого курса полихимиотерапии и лучевой терапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии)	Да/Нет
34.	Выполнен анализ мочи общий (перед началом каждого курса полихимиотерапии и лучевой терапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии)	Да/Нет
35.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при фебрильной нейтропении)	Да/Нет
36.	Отсутствие гнойно-септических осложнений	Да/Нет

3.2.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при нейробластоме (коды по МКБ-10: С47.3; С47.4; С47.5; С47.6; С47.8; С47.9; С48.0; С74.0; С74.1; С74.9; С76.0; С76.1; С76.2; С76.7; С76.8)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено морфологическое исследование ткани первичной опухоли и/или очагов, подозрительных на	Да/Нет

	метастатические (при установлении диагноза)	
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства и зоны первичного опухолевого очага (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием зоны первичного опухолевого очага и/или компьютерная томография зоны первичного опухолевого очага (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена радиоизотопная диагностика костей и/или магнитно-резонансная томография всего тела (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнена радиоизотопная диагностика с 123-йод-метайодбензилгуанидином (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнено морфологическое исследование пунктатов костного мозга из трех точек (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнен просмотр/пересмотр гистологических препаратов врачом-патологоанатомом в медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь (при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого курса полихимиотерапии)	Да/Нет
11.	Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки	Да/Нет
12.	Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от момента установки центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену	Да/Нет
13.	Проведен следующий курс полихимиотерапии не позднее 21 – 28 дней от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
14.	Выполнено повторное морфологическое исследование пунктатов костного мозга из трех точек перед началом каждого курса полихимиотерапии (при метастатическом поражении костного мозга)	Да/Нет
15.	Выполнена повторная радиоизотопная диагностика с 123-йод-метайодбензилгуанидином не реже 1 раза в 6	Да/Нет

	месяцев	
16.	Выполнено введение химиотерапевтических лекарственных препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 3 л/м <sup>2</sup> /сутки (при внутривенной полихимиотерапии)	Да/Нет
17.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (перед началом каждого курса полихимиотерапии)	Да/Нет
18.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-радиологом (перед каждым курсом лучевой терапии)	Да/Нет
19.	Выполнено повторное ультразвуковое исследование зоны первичного опухолевого очага и органов брюшной полости и забрюшинного пространства (перед хирургическим вмешательством)	Да/Нет
20.	Выполнена повторная магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием зоны первичного опухолевого очага и/или компьютерная томография зоны первичного опухолевого очага (перед хирургическим вмешательством)	Да/Нет
21.	Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-радиологом (перед каждым курсом лучевой терапии)	Да/Нет
22.	Выполнена повторная компьютерная томография органов грудной клетки не реже 1 раза в 2 месяца	Да/Нет
23.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы перед началом каждого курса полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении полихимиотерапии	Да/Нет
24.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, натрий, калий, хлор) перед началом каждого курса полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении полихимиотерапии	Да/Нет
25.	Выполнен анализ мочи общий перед началом каждого курса полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении полихимиотерапии	Да/Нет
26.	Выполнено назначение антибактериальных лекарственных препаратов (при фебрильной нейтропении)	Да/Нет
27.	Отсутствие гнойно-септических осложнений	Да/Нет

3.2.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при остром лимфобластном лейкозе (код по МКБ-10: С91.0)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена пункция костного мозга (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (подсчет формулы костного мозга) и цитохимическое исследование препарата костного мозга (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено иммунофенотипирование бластных клеток костного мозга с помощью проточной цитометрии (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено цитогенетическое исследование и/или молекулярно-генетическое исследование бластных клеток костного мозга (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена спинномозговая пункция (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование спинномозговой жидкости (определение цитоза, белка, глюкозы, цитологическое исследование) (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнена компьютерная томография головы и/или магнитно-резонансная томография головного мозга (при установлении диагноза в случае наличия неврологической симптоматики)	Да/Нет
10.	Выполнена повторная пункция костного мозга на 15 день индукционной терапии и не позднее 40 дня от момента начала индукционной терапии	Да/Нет
11.	Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (подсчет формулы костного мозга) на 15 день индукционной терапии и не позднее 40 дня от момента начала индукционной терапии	Да/Нет
12.	Выполнена повторная рентгенография органов грудной клетки не позднее 40 дня от момента начала индукционной терапии (при наличии инициального поражения средостения)	Да/Нет
13.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	Да/Нет

	развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы не реже 1 раза в 7 дней (при поддерживающей терапии)	
14.	Выполнена коррекция доз лекарственных препаратов из группы антиметаболитов, антагонистов пуринов и фолиевой кислоты в зависимости от количества лейкоцитов в общем (клиническом) анализе крови развернутом не реже 1 раза в 7 дней (при поддерживающей терапии)	Да/Нет
15.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин, общий белок, альбумин, глюкоза) не реже 1 раза в 3 месяца (при поддерживающей терапии)	Да/Нет
16.	Выполнена консультация врачом-гематологом в медицинской организации, оказывающей онкогематологическую помощь (при наличии медицинских показаний к трансплантации костного мозга)	Да/Нет

3.2.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании бронхов и легкого (код по МКБ-10: С34)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена бронхоскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена биопсия опухоли и/или бронхоскопический лаваж с последующим морфологическим и/или иммуногистохимическим исследованием (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено морфологическое и/или	Да/Нет



	иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	
7.	Выполнена химиотерапия и/или таргетная терапия и/или иммунотерапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или таргетной терапии и/или иммунотерапии и/или лучевой терапии)	Да/Нет
8.	Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)	Да/Нет
9.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более, чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или лучевой терапии и/или таргетной терапии и/или иммунотерапии	Да/Нет
10.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с внутривенным контрастированием и/или компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
11.	Выполнено радиоизотопное исследование скелета (при установлении диагноза)	Да/Нет
12.	Выполнено ультразвуковое исследование шейных и надключичных лимфатических узлов (при установлении диагноза)	Да/Нет

### 3.2.11. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании трахеи (код по МКБ-10: C33)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена трахеобронхоскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование шейных и надключичных лимфатических узлов (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена биопсия опухоли с последующим морфологическим и/или иммуногистохимическим	Да/Нет

	исследованием (при установлении диагноза)	
6.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
8.	Выполнена химиотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии)	Да/Нет
9.	Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)	Да/Нет
10.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более, чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии	Да/Нет

3.2.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании молочной железы (код по МКБ-10: C50)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена билатеральная маммография и/или магнитно-резонансная томография молочных желез (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование аксиллярных и надключичных и подключичных лимфатических узлов (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена биопсия опухоли и/или измененных регионарных лимфоузлов с последующим морфологическим исследованием (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено иммуногистохимическое исследование биоптата с определением рецепторов эстрогенов и рецепторов прогестерона и HER2neu и Ki-67 (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного	Да/Нет

	пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза)	
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей с определением рецепторов эстрогенов и рецепторов прогестерона и HER2neu и Ki-67 (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
10.	Выполнена химиотерапия и/или гормонотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или гормонотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии)	Да/Нет
11.	Выполнена адъювантная химиотерапия и/или таргетная терапия и/или гормонотерапия не позднее 30 дней от момента хирургического вмешательства (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Выполнена адъювантная лучевая терапия не позднее 40 дней от момента хирургического вмешательства и/или окончания курса химиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)	Да/Нет
14.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более, чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии	Да/Нет
15.	Проведена гормонотерапия (при наличии рецепторов эстрогенов и рецепторов прогестерона в опухоли и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.13. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании пищевода (код по МКБ-10: C15)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена рентгенография пищевода (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена эзофагоскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена биопсия опухоли пищевода с последующим морфологическим и/или иммуногистохимическим исследованием (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование шейных и надключичных лимфатических узлов (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнена предоперационная химиотерапия или химиолучевая терапия при IIВ-III стадии (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
10.	Выполнена химиотерапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или лучевой терапии)	Да/Нет
11.	Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)	Да/Нет
12.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более, чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или лучевой терапии	Да/Нет

3.2.14. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании желудка (код по МКБ-10: C16)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография желудка при распространении опухоли на пищевод (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена биопсия опухоли желудка с последующим морфологическим и/или иммуногистохимическим исследованием (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование шейных и надключичных лимфатических узлов (при установлении диагноза)	
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
9.	Выполнено хирургическое вмешательство при стадии с T1-4NxM0	Да/Нет
10.	Выполнена лимфаденэктомия уровня D2 при стадии с T2-4NxM0	Да/Нет
11.	Выполнена химиотерапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или лучевой терапии)	Да/Нет
12.	Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)	Да/Нет
13.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более, чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или лучевой терапии	Да/Нет

3.2.15. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании ободочной кишки, ректосигмоидного соединения, прямой кишки (коды по МКБ-10: C18; C19; C20)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена колоноскопия тотальная или ирригоскопия при невозможности выполнения тотальной колоноскопии или компьютерно-томографическая колоноскопия при невозможности выполнения тотальной колоноскопии (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена ректороманоскопия при раке прямой кишки или ректосигмоидного отдела (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена биопсия опухоли толстой и/или прямой кишки при проведении колоноскопии и/или ректороманоскопии с последующим морфологическим и/или иммуногистохимическим исследованием (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено исследование уровня СА-19-9 и раково-эмбрионального антигена в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено определение генов RAS (при метастатической болезни)	Да/Нет
10.	Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата	Да/Нет

	удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	
11.	Выполнена химиотерапия и/или гормонотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или гормонотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии)	Да/Нет
12.	Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)	Да/Нет
13.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более, чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии	Да/Нет
14.	Начат первый курс химиотерапии не позднее 30 дней от момента выявления метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
15.	Выполнен первый курс адъювантной химиотерапии не позднее 60 дней от момента хирургического вмешательства (при проведении адъювантной химиотерапии и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.16. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании яичника (код по МКБ-10: C56)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня антигена аденогенных раков СА-125 в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет

6.	Выполнена колоноскопия (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование молочных желез у женщин моложе 40 лет (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнена маммография у женщин 40 лет и старше (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнено цитологическое исследование мазков с шейки матки и цервикального канала (при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнено цитологическое исследование жидкости из брюшной полости при наличии (при установлении диагноза)	Да/Нет
11.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
13.	Выполнена химиотерапия и/или гормонотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или гормонотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии)	Да/Нет
14.	Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)	Да/Нет
15.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более, чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии	Да/Нет
16.	Выполнена адъювантная химиотерапия и/или таргетная терапия не позднее 60 дней от момента хирургического вмешательства (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17.	Начат первый курс химиотерапии и/или таргетной терапии и/или гормонотерапии не позднее 60 дней от момента выявления прогрессирования или метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет



3.2.17. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании тела матки (код по МКБ-10: C54)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня антигена аденогенных раков СА-125 в крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено цитологическое исследование мазков с шейки матки и цервикального канала (при установлении диагноза)	
3.	Выполнено морфологическое исследование ткани эндометрия, полученной при отдельном диагностическом выскабливании полости матки и цервикального канала и/или при аспирационной биопсии эндометрия (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
9.	Выполнена химиотерапия и/или гормонотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или гормонотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии)	Да/Нет
10.	Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)	Да/Нет
11.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более, чем за 5 дней до начала курса	Да/Нет

	химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии	
12.	Выполнена адъювантная лучевая терапия и/или химиотерапия не позднее 30 дней от момента хирургического вмешательства (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Начат первый курс химиотерапии и/или таргетной терапии и/или гормонотерапии не позднее 60 дней от момента выявления прогрессирования или метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.18. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании шейки матки (код по МКБ-10: C53)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена биопсия шейки матки и/или цитологическое исследование мазков с шейки матки и цервикального канала (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
7.	Выполнена химиотерапия и/или гормонотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или гормонотерапии и/или таргетной	Да/Нет

	терапии и/или лучевой терапии)	
8.	Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)	Да/Нет
9.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более, чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии	Да/Нет
10.	Выполнена адъювантная лучевая терапия и/или химиотерапия не позднее 21 дня от момента хирургического вмешательства (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Начат первый курс химиотерапии и/или таргетной терапии не позднее 60 дней от момента выявления прогрессирования или метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.19. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании предстательной железы (код по МКБ-10: С61)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение уровня простатспецифического антигена в сыворотке крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена биопсия опухоли предстательной железы с последующим морфологическим исследованием (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена гистопатологическая градация по шкале Глисона при аденокарциноме (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Проведена профилактика инфекционных осложнений	Да/Нет

	антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)	
9.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
10.	Выполнена химиотерапия и/или гормонотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или гормонотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии)	Да/Нет
11.	Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)	Да/Нет
12.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более, чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии	Да/Нет
13.	Начата гормонотерапия и/или первый курс химиотерапии не позднее 30 дней от момента выявления метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
14.	Выполнено определение уровня тестостерона в крови (при установлении диагноза кастрационно рефрактерного рака)	Да/Нет

3.2.20. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественной меланоме и других злокачественных новообразованиях кожи (код по МКБ-10: C43)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование регионарных лимфатических узлов (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнен отступ не менее 1 см и не более 3 см при	Да/Нет

	первичной инвазивной меланоме кожи (при хирургическом вмешательстве)	
6.	Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
7.	Выполнена химиотерапия и/или иммунотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или иммунотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии)	Да/Нет
8.	Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)	Да/Нет
9.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более, чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или иммунотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии	Да/Нет
10.	Выполнена адъювантная таргетная терапия и/или иммунная терапия и/или химиотерапия не позднее 60 дней от момента хирургического вмешательства (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с внутривенным контрастированием при впервые выявленной IV стадии не позднее 30 дней от момента установления диагноза метастатической меланомы (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Начат первый курс химиотерапии и/или таргетной терапии и/или иммунотерапии не позднее 30 дней от момента выявления прогрессирования или метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.21. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при других злокачественных новообразованиях кожи (код по МКБ-10: C44)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование регионарных лимфатических узлов при стадии T3 - T4 (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки при стадии T3 - T4 (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов	Да/Нет

	брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости при стадии Т3-Т4 (при установлении диагноза)	
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
6.	Выполнена химиотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии)	Да/Нет
7.	Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)	Да/Нет
8.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более, чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии	Да/Нет
9.	Начат первый курс химиотерапии и/или таргетной терапии не позднее 30 дней от момента выявления прогрессирования или метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.22. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях основания языка, миндалина, ротоглотки, носоглотки, гравешевидного синуса, нижней части глотки, гортани (коды по МКБ-10: С01; С09 – С13; С32)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена фиброскопия верхних дыхательных путей (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена биопсия опухоли и/или измененных регионарных лимфоузлов с последующим морфологическим и/или иммуногистохимическим исследованием (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование шеи и/или компьютерная томография верхних дыхательных путей и шеи (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или	Да/Нет

	компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
9.	Выполнена химиотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии)	Да/Нет
10.	Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)	Да/Нет
11.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более, чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии	Да/Нет
12.	Начат первый курс химиотерапии и/или таргетной терапии не позднее 30 дней от момента выявления метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Выполнен первый курс адъювантной химиотерапии и/или таргетной терапии не позднее 30 дней от момента хирургического вмешательства (при проведении адъювантной химиотерапии и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
14.	Выполнена лучевая терапия с химиотерапией и/или таргетной терапией при стадии T3-T4 (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.23. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях других и неуточненных

частей языка, десны, дна полости рта, неба, других и неуточненных отделов рта (коды по МКБ-10: C02 – C06)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена биопсия опухоли и/или измененных регионарных лимфоузлов с последующим морфологическим и/или иммуногистохимическим исследованием (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование шеи и/или компьютерная томография верхних дыхательных путей и шеи (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
8.	Выполнена химиотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии)	Да/Нет
9.	Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)	Да/Нет
10.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более, чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии	Да/Нет
11.	Начат первый курс химиотерапии и/или таргетной терапии не позднее 30 дней от момента выявления метастатической болезни (при наличии медицинских	Да/Нет



	показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	
12.	Выполнен первый курс адъювантной химиотерапии и/или таргетной терапии не позднее 30 дней от момента хирургического вмешательства (при проведении адъювантной химиотерапии и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Выполнена лучевая терапия с химиотерапией и/или таргетной терапией при стадии T3-T4 (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.24. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях околоушной слюнной железы, других и неуточненных больших слюнных желез (коды по МКБ-10: C07; C08)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия опухоли и/или измененных регионарных лимфоузлов с последующим цитологическим исследованием (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование слюнных желез и/или компьютерная томография лицевого скелета и/или магнитно-резонансная томография основания черепа (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование шеи и/или компьютерная томография верхних дыхательных путей и шеи (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

8.	Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
9.	Выполнена химиотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии)	Да/Нет
10.	Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)	Да/Нет
11.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более, чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии	Да/Нет
12.	Начат первый курс химиотерапии и/или таргетной терапии не позднее 30 дней от момента выявления метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Выполнен первый курс адъювантной химиотерапии и/или таргетной терапии не позднее 30 дней от момента хирургического вмешательства (при проведении адъювантной химиотерапии и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.25. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях полости носа и среднего уха, придаточных пазух (коды по МКБ-10: C30; C31)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена фиброскопия верхних дыхательных путей (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена биопсия опухоли и/или измененных регионарных лимфоузлов с последующим морфологическим и/или иммуногистохимическим исследованием (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование шеи и/или компьютерная томография верхних дыхательных путей и шеи (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография околоносовых пазух и основания черепа (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет

6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
10.	Выполнена химиотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии)	Да/Нет
11.	Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)	Да/Нет
12.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более, чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии	Да/Нет
13.	Начат первый курс химиотерапии и/или таргетной терапии не позднее 30 дней от момента выявления метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
14.	Выполнен первый курс адъювантной химиотерапии и/или таргетной терапии не позднее 30 дней от момента хирургического вмешательства (при проведении адъювантной химиотерапии и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
15.	Выполнена лучевая терапия с химиотерапией и/или таргетной терапией при стадии T3-T4 (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.2.26. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании щитовидной железы (код по МКБ-10: C73)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона в сыворотке крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня кальцитонина в сыворотке крови при медуллярном раке (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня тиреоглобулина в сыворотке крови (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы и шеи (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы с последующим цитологическим исследованием (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
11.	Выполнена заместительная гормональная терапия после хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Выполнена химиотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия и/или радиойодтерапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии и/или радиойодтерапии)	Да/Нет
13.	Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)	Да/Нет