



# Критерии качества лечения

## Клинические рекомендации «Некротический язвенный гингивостоматит Венсана»

Код по МКБ-10: A69.1

| №  | КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА                                                                                                                                                                                                                                       | ОЦЕНКА<br>ВЫПОЛНЕНИЯ        |                              |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 1  | <b>Ведение медицинской документации – медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь:</b>                                                                                                                                                   |                             |                              |
|    | <ul style="list-style-type: none"><li>заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой</li></ul>                                                                                                                                           | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
|    | <ul style="list-style-type: none"><li>наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство</li></ul>                                                                                                                            | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 2  | <b>Выполнение первичного осмотра пациента:</b>                                                                                                                                                                                                          |                             |                              |
|    | <ul style="list-style-type: none"><li>оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, запись в амбулаторной карте</li></ul>                                                                                             | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 3  | <b>Установление предварительного диагноза в ходе первичного приема пациента</b>                                                                                                                                                                         | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 4  | <b>Формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза</b>                                                                                                                                                | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 5  | <b>Формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента</b>                                                                              | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 6  | <b>Выполнение бактериоскопического исследования</b>                                                                                                                                                                                                     | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 7  | <b>Выполнение общего (клинического) анализа крови развернутого</b>                                                                                                                                                                                      | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 8  | <b>Выполнение серологического исследования крови на ВИЧ-инфекцию</b>                                                                                                                                                                                    | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 9  | <b>Установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов и внесение соответствующей записи в амбулаторную карту</b> | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 10 | <b>Выполнение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения</b>        | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 11 | <b>Проведение терапии лекарственными препаратами в соответствии с установленным порядком и внесение записи в амбулаторную карту</b>                                                                                                                     | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |

| №  | КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА                                                                                    | ОЦЕНКА<br>ВЫПОЛНЕНИЯ        |                              |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 12 | Проведение санации полости рта                                                                       | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 13 | Проведение профессиональной гигиены полости рта                                                      | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 14 | Дано направление на консультацию врача общего профиля при выявлении признаков системного заболевания | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 15 | Достигнуто выздоровление: купирование болевого симптома, заживление эрозивно-язвенных элементов      | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |