



Критерии качества лечения

Клинические рекомендации «Гипертрофия десны»

Код по МКБ-10: K06.1

№	КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА	ОЦЕНКА ВЫПОЛНЕНИЯ	
1	Проведение профессиональной гигиены полости рта	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
2	Проведение санации полости рта	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
3	Использование антисептиков	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
4	Использование противовоспалительных препаратов	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
5	Проведение избирательного пришлифовывания зубов при наличии травматической окклюзии	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
6	Проведение ортодонтического лечения при наличии патологии прикуса	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
7	Поддерживающее пародонтологическое лечение	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
8	Консультация врача общего профиля при выявлении признаков системного заболевания	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>