



# Критерии качества лечения

Клинические рекомендации «Периостит»

Код по МКБ-10: K10.22, K10.23

| № | КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА                                                                                | ОЦЕНКА<br>ВЫПОЛНЕНИЯ        |                              |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 1 | <b>Проводилось ли при постановке диагноза:</b>                                                   |                             |                              |
|   | • сбор жалоб и анамнеза                                                                          | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
|   | • визуальный осмотр                                                                              | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
|   | • пальпация ЧЛО                                                                                  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
|   | • перкуссия зубов                                                                                | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
|   | • определение прикуса                                                                            | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
|   | • пародонтальных и индексов гигиены                                                              | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
|   | • степени подвижности зубов                                                                      | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 2 | <b>Соответствует ли план лечения поставленному диагнозу</b>                                      | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 3 | <b>Проводились ли мероприятия по устранению факторов, обусловивших возникновение заболевания</b> | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 4 | <b>Обучение гигиене рта</b>                                                                      | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 5 | <b>Отсутствие осложнений (общих и местных) после хирургических вмешательств</b>                  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 6 | <b>Динамическое наблюдение каждые полгода</b>                                                    | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 7 | <b>Восстановление функции зубочелюстной системы</b>                                              | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 8 | <b>Улучшение качества жизни</b>                                                                  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 9 | <b>Правильность и полнота заполнения медицинской документации</b>                                | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |