




| | | | |
|--|---|--|----------------|
| Наименование структурного подразделения: | Отделение специализированной помощи | | |
| Названия документа: | СОП «Правила управления качеством радиологических и диагностических методов исследования» | | |
| Утвержден: | Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б. | | |
| Дата утверждения: | | | |
| Разработчик: | <i>Должность</i> | <i>Ф.И.О.</i> | <i>Подпись</i> |
| | Заведующий отделением | Садыков Г.Б. | |
| | Врачи функциональной диагностики | Назарова Г.А. Карамырзаев М.Л. Мынбаева Г.Е. | |
| Согласовано: | Заместитель гл.врача по лечебному делу | Анаркулова У.О. | |
| | Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг | Рысбаев С.Т. | |
| | Врач эксперт | | |
| Дата согласования: | 04.01.2024г. | | |
| Дата введения в действие | 04.01.2024г. | | |
| Версия № | Копия № _____ | 04 /01 _____ / 2024г. Ф.И.О. _____ Подпись _____ | |

Дата последнего пересмотра « 04 » « 01. » 2024г

Дата следующего пересмотра « _____ » « _____ » 2027г

| | | | |
|--|--|-----------------------|---------------------|
|  | ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" Уз Туркестанской области | Тип документа: СОП | |
| | Система менеджмента качества | Версия: 1 | Страница: 2 из 5 |

Стандарт операционных процедур:

Правила управления качеством радиологических и диагностических методов исследования

1. Цель

Управление качеством радиологических и диагностических методов исследования, оказываемых в ГКП на ПХВ «Ленгерская Городская поликлиника» Туркестанской области (далее - Поликлиника), а также управление радиологическим оборудованием.

2. Область применения

Настоящая программа предназначена для следующих подразделений Поликлиники:

- a) кабинеты ультразвуковой диагностики,
- b) кабинет рентген-диагностики,
- c) кабинет флюорографии.

и всего персонала Поликлиники, участвующего в проведении радиологических и диагностических методов исследования.

3. Определения (термины, аббревиатуры)

СИЗ-средства индивидуальной защиты.

СОИ -стандартная операционная процедура.

ИМИ -изделия медицинского назначения.

4. Ответственность

1) **Программа радиологической безопасности** включена в Программу по безопасности здания и взаимосвязана с Программой по инфекционному контролю.

2) В рентгено-диагностике составляется, хранится и по необходимости обновляется **Список внешних экспертов в узких(специализированных)областях и их контактные данные**) и при необходимости есть возможность обратиться к ним.

5. Контроль качества

1) **Контроль качества** должен включать следующее:

- a) валидация методов исследования на предмет точности и правильности;
- b) ежедневный мониторинг результатов исследований квалифицированным сотрудником рентгенодиагностики;
- c) срочное принятие мер при обнаружении проблем;
- d) тестирование реагентов и растворов, если это применимо;
- e) документацию результатов контроля качества и принятых корректирующих действий.

6. **Внутренний контроль качества** проводится в виде второго чтения результатов исследования, в т.ч. при спорных или сомнительных случаях, проведенного старшим врачом или заведующим отделения.

7. **Внешний контроль качества** проводится не реже, чем **раз в год**, в т.ч.при спорных или сомнительных случаях, с документацией второго чтения, проведенного внешним экспертом (внешней организацией или отдельным



экспертом извне Поликлиники). Второе чтение подтверждается документально в виде копии заключения внешнего эксперта или результата второго чтения внешним экспертом в журнале внешнего контроля качества.

Сведения о проведенном контроле качества, при выявлении проблем (выявлении неточностей исследования), подаются Заместителю главного врача по лечебно-диагностической работе Поликлиники.

8. Контроль качества для внешних источников услуг (аутсорсинг):


1. Если используются внешние источники услуг, заведующий соответствующего отделения (рентгенодиагностика) должен определить **индикаторы качества для мониторинга услуг**, оказываемых внешней организацией для пациентов поликлиники и ежемесячно отслеживать их исполнение. Например, своевременность оказания услуг, гибкость в устранении замечаний, качество точность заключений и т.п.

2. Если внешняя организация не удовлетворяет требованиям индикаторов качества, об этом зав. отделением информирует Заместителя главного врача по лечебно-профилактической работе и принимаются меры: отправляется письмо с замечаниями или задерживается оплата за услуги до устранения проблем.

3. Раз в год зав. отделением письменно подает отчет Заместителю главного врача по лечебно-профилактической работе в целом о качестве услуг, оказываемых внешней организацией (услуги в аутсорсинге) для принятия решения о продолжении договорных обязательств.

9. Управление радиологическим оборудованием

- 1) Все оборудование рентген диагностики регулярно тестируется, инспектируется, поддерживается, калибруется и эти действия документируются согласно Программы безопасности здания и инженерных систем, инженером медицинского оборудования и/или представителями сервисной службы сторонней фирмы не реже 1 раз в год. На каждое оборудование должен быть акт установки, сертификат о регистрации и, если применимо, сведения о проверке.
- 2) Заведующий ЛДО участвует в процедуре отбора и приобретения оборудования и медицинских технологий (ИМН) для своего отделения и подает заявку на закуп..
- 3) Инвентаризация оборудования проводится совместно с инженером по медицинскому оборудованию и Отделом бухгалтерского учета и отчетности. Периодичность инвентаризации — один раз в год.
- 4) Сотрудники по сервисному обслуживанию медицинского оборудования проводят инспекцию и организуют ремонт (поддержание) всего оборудования блоков рентгенодиагностики.
- 5) Оборудование тестируется и инспектируется, когда оно новое (перед вводом в эксплуатацию), а также периодически согласно сроку эксплуатации и рекомендаций производителя. Новое и отремонтированное оборудование

| | | | |
|--|---|------------------------------|--------------|
|  | ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области | Тип документа: СОП | |
| | | Система менеджмента качества | Версия: 1 |

должно пройти квалификацию при установке и вводе в эксплуатацию.

Результаты квалификации должны быть документированы.

10. Документация: журнал технического обслуживания медицинского оборудования в структурных подразделениях, наклейки на самом оборудовании, акт выполненных работ инженером по сервисному обслуживанию медицинского оборудования. Оборудование калибруется и поддерживается согласно рекомендациям

производителя. Калибровка и ремонт документируются.

Документация: журнал технического обслуживания медицинского оборудования в структурных подразделениях, акт выполненных работ, журнал учета и ремонта оборудования» и журнал ежедневных проверок на исправность аппаратов. При отзыве оборудования или получении сообщения о проблеме, опасности, поломке оборудования, согласно **Процедуре отзыва**

Медицинского оборудования информируются пользователи оборудования и принимаются все меры в соответствии с указанием входящего письма или с документами производителя или поставщика (изъять его из использования путем физического переноса в другое место (склад) или обозначить оборудование как непригодное к работе).

Персоналу запрещается пользоваться отозванным оборудованием.

11. Указание условия пересмотра СОП: Пересмотр СОП проводится 1 раз в 3 года или при появлении новых требований.

12. Нормативные ссылки:

- Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению» № ҚР ДСМ-175/2020;

- Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 года «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» « № ҚР ДСМ – 111.

- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2021 года № «Об утверждении «Правил оказания первичной медико-санитарной помощи» ҚР ДСМ-90

Лист регистрации изменений

| № | № раздела, пункта стандарта, в которое внесено изменение | Дата внесения изменения | ФИО лица, внесшего изменения |
|---|--|-------------------------|------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа



Лист ознакомления

| № | Фамилия И.О. | Должность | Дата | Подпись |
|----|----------------|---------------|------------|-------------|
| 1 | Шокибаев Г | мер.с | 04.01.2024 | [Signature] |
| 2 | Абдиевбаев Ф.С | мер.себра | 04.01.2024 | [Signature] |
| 3 | Тотайбева А | мер.себра | 04.01.2024 | [Signature] |
| 4 | Хампакуров | мер.себра | 04.01.2024 | [Signature] |
| 5 | Ирматов А | анушер | 04.01.2024 | [Signature] |
| 6 | Дудоберко.О.Н | врач | 04.01.2024 | [Signature] |
| 7 | Уширова А.Н | уч.м/с | 04.01.2024 | [Signature] |
| 8 | Жаракчиев Р.Т | ст.мер. | 04.01.2024 | [Signature] |
| 9 | Сардаев С.А | Гигиенист | 04.01.2024 | [Signature] |
| 10 | Абдиев Г.Э | стоматолог | 04.01.2024 | [Signature] |
| 11 | Абдиев М | стол.м/с | 04.01.24 | [Signature] |
| 12 | Оташева А.О | стоматолог | 04.01.24 | [Signature] |
| 13 | Торшибаева С.И | стол.зуб врач | 04.01.24 | [Signature] |
| 14 | Ханмуродова М. | стол.м/с | 04.01.24 | [Signature] |
| 15 | Абдиев Ч | стол.м/с | 04.01.24 | [Signature] |
| 16 | Сембаева А.А | стол.м/с | 04.01.2024 | [Signature] |
| 17 | Садрбаев А.Н | стоматолог | 04.01.2024 | [Signature] |
| 18 | Шокибаев М.К | кзр м/с | 04.01.2024 | [Signature] |
| 19 | Ишбаева А.И | мер.себра | 04.01.2024 | [Signature] |
| 20 | Ишбаева Г.Т | н.м/с | 04.01.2024 | [Signature] |
| 21 | Ирматов Б.Т | терапевт | 04.01.2024 | [Signature] |
| 22 | Ирматов Р.В | мер.себра | 04.01.2024 | [Signature] |
| 23 | Абдиевбаева М | медик | 04.01.2024 | [Signature] |
| 24 | Магомедов Ф | медик | 04.01.2024 | [Signature] |
| 25 | Ирматов И | анушер | 04.01.2024 | [Signature] |
| 26 | Абдиевбаева С | м/с | 04.01.2024 | [Signature] |

