
 ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Версия: 1	Страница: 1 из 18

Наименование структурного подразделения:	Все структурные подразделения		
Названия документа:	СОП «Алгоритм проведения клинического аудита»		
Утвержден:	Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
Дата утверждения:			
Разработчик:	<i>Должность</i>	<i>Ф.И.О.</i>	<i>Подпись</i>
	Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг	Рысбаев С.Т.	
	Врач эксперт		
Согласовано:	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
	Заместитель гл.врача по ОМД	Кабылбеков Г.К.	
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: <i>СОП</i>	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 2 из 18

1. Содержание

2. Сокращения	3
3. Пользователи стандарта операционной процедуры	3
4. Определения	4
5. Цель	4
6. Алгоритм стандартных действий и/или операций	4
6.1 Требования для выполнения стандарта операционной процедуры	4
6.2 Описание стандартных действий и/или операций	7
6.3 Документирование процедуры	15
6.4 Индикаторы эффективности	15
7. Организационные аспекты разработки стандарта операционной процедуры	15
7.1 Указание условий пересмотра стандарта операционной процедуры	15
7.2 Список использованных источников	15
7.3 Приложения	17
Приложение 1 «Чек-лист экспертизы медицинских карт амбулаторных пациентов»	22
8. Лист регистрации изменений и дополнений	22
9. Лист ознакомления	23
10. Лист учета периодических проверок	24

2. Сокращения

В настоящем стандарте операционной процедуры используются следующие сокращения:

АИС - автоматизированные информационные системы;

КП - клинический протокол;

МКБ - Международная классификация болезней;

МУ - медицинская услуга;

Приказ №230 - Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 декабря 2020 года № КР ДСМ-230/2020 «Об утверждении правил организации и приведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи)»;


РЦРЗ - РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан;

СОП-стандарты операционноц процедуры;

ССД – специалисты сестринского дела;

ЭРСБ- Электронный регистр стационарного больного;

ЭРОБ- Электронный регистр онкологического больного.

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: <i>СОП</i>	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

3. Пользователь СОП.

Пользователями СОП являются: врачи, медицинские сестра/акушерки, старшие медицинские сестры/акушерки отделений, старшие медицинские сестры отделов, заведующие клинических структурных подразделений, специалисты СППВЭ ЛГП.

4. Определения

В настоящем СОП используются следующие понятия:

- 1) Внутренняя экспертиза - процедура независимой проверки и оценки качества деятельности организации ответственными сотрудниками самой организации;
- 2) клинический аудит - подробный ретроспективный и (или) текущий анализ проведенных лечебно-диагностических мероприятий на предмет их соответствия стандартам, клиническим протоколам и СОП;
- 3) дефект оказания медицинских услуг - нарушение порядка оказания медицинской помощи, лечебно-диагностических мероприятий, выражающееся в невыполнении стандартов в области здравоохранения и несоблюдении клинических протоколов;
- 4) клинический протокол - документ, устанавливающий общие требования к оказанию медицинской помощи пациенту при определенном заболевании или клинической ситуации;


Клинический аудит является одним из этапов экспертизы качества МУ:



5. Цель.

Целью СОП является обеспечение повышения качества клинического аудита.

6. Алгоритм стандартных действий и / или операций.

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

6.1 Требования (описание условий) для выполнения СОП

Требования к специалисту':

Врачи, медицинские сестра/акушерки, старшие медицинские сестра/акушерки отделений, старшие медицинские сестра отделов, заведующие отделениями, заведующие клинических структурных подразделений и специалисты СПП и ВЭ должны:

- знать правила, утвержденные Приказом №230;
- знать и соблюдать требования Стандартов аккредитации медицинских организаций РК по вопросам контроля качества МУ;
- знать основы экспертной деятельности в области здравоохранения;
- иметь навыки сбора данных с применением АИС и их анализа.

Требования к организации места работы для проведения клинического аудита: наличие компьютера, принтера, сканера;

- возможности доступа в Интернет;
- возможности доступа в локальные информационные системы;
- возможности доступа к базе стандартов (КП, СОП).

Требования к документации:

В каждом клиническом структурном подразделении должен быть обеспечен доступ к электронной базе и/или иметься в наличии бумажная версия КП и/или СОП, используемых в клинической практике;

Клинический аудит проводится путем:

- 1) текущего анализа, в ходе которого изучается медицинская документация пациентов, получающих медицинские услуги на момент проведения экспертизы;
- 2) ретроспективного анализа, в ходе которого изучается медицинская документация пациентов, получивших медицинские услуги на момент проведения экспертизы.


Клинический аудит проводится:

- ✓ планоно - согласно графику работы внутреннего аудита (не реже 1 раза в месяц);
- ✓ внепланоно - в случаях инцидентов, обращений граждан и при подготовке к внешним проверкам.

Для проведения клинического аудита выделяются следующих 3 уровня:

Уровня клинического аудита	
1 уровень	Самоконтроль (врачи, медицинские сестры / акушерки)
2 уровень	Заведующие клиническими отделениями, старшие медицинские сестры / акушерки отделений
3 уровень	Специалисты СППВЭ

Место проведения клинического аудита:

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

Уровень	Способы клинического аудита	
	Текущая экспертиза	Ретроспективная экспертиза
1 уровень	В «полевом» режиме в отделении, где пациент прошел лечение)	В «полевом» режиме (в отделении, где пациент прошел лечение)
2 уровень		На рабочем месте руководителя клинического структурного подразделения
3 уровень		СППВЭ на рабочем месте специалиста и / или в «полевом» режим (в отделении, где пациент прошел лечение); Заместитель по медицинским – летальные случаи

При проведении экспертизы качества МУ используются:


- ✓ медицинская документация;
- ✓ электронные информационные ресурсы в области здравоохранения;
- ✓ стандарты в области здравоохранения (КП и внутренние документы/СОП), актуальные на момент экспертируемого случая.

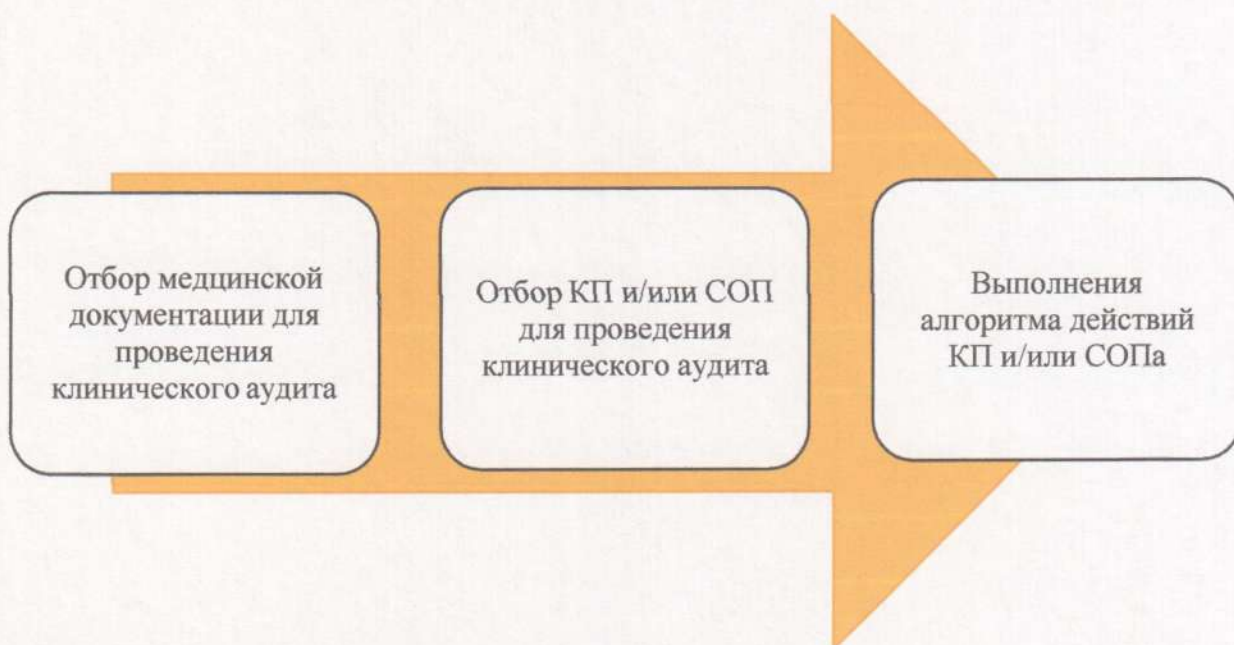
Обеспечивается документирование процесса клинического аудита:

- 1) на 1 уровне (самоконтроль) оценка соответствия диагностики и лечения в конкретном случае рекомендациям, описанным в КП и/или СОП заверяется подписью врача, медицинской сестры/акушерки в медицинской документации (подписи планов ведения пациента и лечения, дневниковых записей, листов назначения и т.д.). Подпись служит доказательством того, что врач, медицинская сестра/акушерка удостоверились в правильности выполненных мероприятий/соответствии их КП/СОП и что все свои действия ими выполнены сознательно, т.е. они их проконтролировали;
- 2) на 2 уровне оценка проводится заведующим отделением, старшими медицинскими сестрами/акушерками отделений при осмотре каждого пациента в процессе лечения, подтверждением которого является подпись заведующего отделением, старшей медицинской сестры/акушерки отделений в КМИС (подписи при проведении индивидуального или совместного осмотра, консультации, обходе), что служит доказательством того, что заведующий отделением, старшая медицинская сестра/акушерка отделений удостоверились в правильности выполняемых врачом мероприятий/соответствии их КП/СОП и что они их проконтролировали;

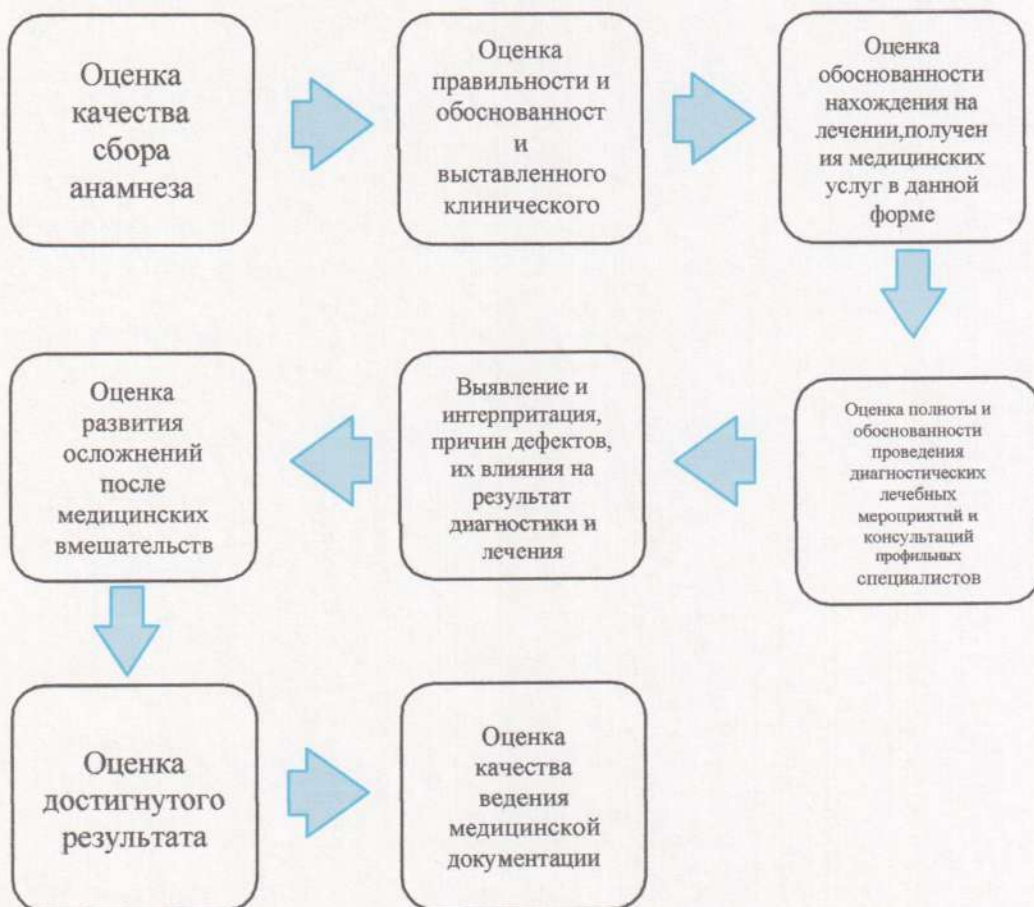
6.2 Описание стандартных действий и/или операций при проведении клинического аудита.


Основные этапы клинического аудита: 1) этап подготовительной работы

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Версия: 1	Страница: 6 из 18
Система менеджмента качества			

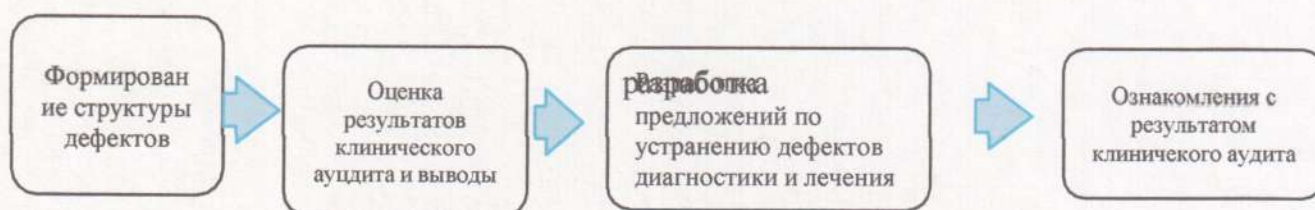


2) этап собственно клинического аудита:



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

1) аналитический этап



Отбор медицинской документации для проведения клинического аудита:


- 1) Объем клинического аудита определяется в соответствии с правилом «Об организации текущей экспертизы медицинских карт и согласно приложению 2 к Приказу №230;
- 2) Отбор медицинской документации для проведения клинического аудита на 3 уровне внутреннего аудита проводится с помощью специалистов СПП и ВЭ;
- 3) для отбора пролеченных случаев используются данные АИС (ЭРСБ, ЭРОБ и др-);
- 4) заведующий отделения в течение времени не более 2 часов обеспечивает поиск и предоставление медицинской документации для проведения клинического аудита;
- 5) медицинская документация для проведения клинического аудита документируется представляется специалисту, проводящему клинический аудит.

Отбор КП и/или СОП для клинического аудита:

- 1) Поиск КП и/или СОП для использования в экспертизе проводится в соответствующих базах по коду МКБ-10 клинического диагноза случаев, отобранных для проведения клинического аудита:

Название стандарта	Источник информации
Клинические протоколы*	✓ http://www.rcrz.kz ; ✓ мобильная версия «Электронной базы клинических протоколов МЗ РК» (РЦРЗ и Медицинская информационная платформа «MedElement»)
СОП	Локальная сеть КФ «УМС»: Компьютер - хранилище

- 2) При поиске КП/СОП проводится сверка кода МКБ-10, по которому проведена шифровка клинического диагноза экспертируемого случая и кода МКБ-10в КП и/или СОП. При совпадении кодов МКБ-10 КП и/или СОП используется для клинического аудита.

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

- 3) При отсутствии КП или СОП для экспертизы отдельного случая, клинический аудит проводится на основе рекомендаций высокого уровня из источников доказательной медицины. При этом, в ходе или после завершения клинического аудита руководитель подразделения (заведующий отделением) инициирует разработку и руководит разработкой СОП согласно утвержденному Фондом порядку.
- 4) В ходе внутренней экспертизы проводится оценка качества диагностики и лечения по критериям: оценка качества сбора анамнеза, оценка правильности, своевременности и обоснованности выставленного клинического диагноза, оценка обоснованности получения медицинских услуг, оценка проведения диагностических и лечебных мероприятий и консультаций профильных специалистов, оценка развития осложнений после медицинских вмешательств, оценка достигнутого результата, оценка качества ведения медицинской документации.


Результаты экспертизы оформляются в виде следующих заполненных документов: 1 «Чек-лист экспертизы медицинских карт амбулаторных пациентов»

Алгоритм оценки качества сбора анамнеза:

- 1) При оценке качества сбора анамнеза интерпретируется полнота, системность сбора анамнеза и влияние на правильность постановки диагноза и выбора тактики лечения.
- 2) Критерии для оценки качества сбора анамнеза:
 - ✓ отсутствие сбора анамнеза;
 - ✓ полнота сбора анамнеза;
 - ✓ наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус;
 - ✓ наличие данных о деталях, имеющих значение в трактовке конкретного случая; развитие осложнений вследствие допущенных тактических ошибок при проведении лечебно-диагностических мероприятий из-за некачественного сбора анамнеза;
- 3) При некачественном сборе анамнеза выясняются причины дефекта и его влияние на исход случая.

Алгоритм оценки правильности, своевременности и обоснованности выставленного клинического диагноза:

- 1) Правильность и обоснованность постановки выставленного клинического диагноза оценивается путем соответствия обоснования его диагностическим критериям, в том числе дифференциальной диагностике, и классификации описанным в КП и/или СОП.
- 2) Критерии оценки своевременности и корректности выставленного клинического диагноза при оказании стационарной помощи: учет результатов

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 9 из 18

проведенных диагностических исследований; в течение первых трех дней со дня госпитализации.

- 3) Оценка правильности и точности постановки клинического диагноза проводится по четырем критериям:
 - диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной статистической классификации болезней;
 - не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания и осложнения;
 - диагноз правильный, но неполный, не выделен ведущий патологический синдром при выделенных осложнениях, не распознаны сопутствующие заболевания, влияющие на исход;
 - диагноз основного заболевания правильный, но не диагностированы сопутствующие заболевания, влияющие на результат лечения.
- 4) Объективные причины неправильной и (или) несвоевременной диагностики, такие, как атипичное течение основного заболевания, бессимптомное течение тяжелого сопутствующего заболевания, редко встречающиеся осложнения и сопутствующие заболевания, отражаются в результатах клинического аудита.
- 5) При постановке неправильного и/или неполного диагноза выясняются его причины и влияние на исход случая.

Оценка обоснованности получения медицинских услуг в данной форме:

- 1) Оценивается соответствие показаниям для оказания помощи в форме амбулаторно-поликлинической, стационарной, стационарозамещающей, описанным в КП и/или СОП.
- 2) При необоснованности предоставления медицинской помощи в данной форме выясняются его причины и влияние на исход случая.

Алгоритм оценки проведения диагностических и лечебных мероприятий и консультаций профильных специалистов:

- ✓ Основные этапы оценки проведения диагностических и лечебных мероприятий и консультаций профильных специалистов:



ГКП на ПХВ
"Ленгерская городская поликлиника"
УЗ Туркестанской области

Тип документа:
СОП

Система менеджмента качества

Версия:

1

Страница:

10 из 18

Оценка полноты и обоснованности

Оценка соответствия стандарту *критерии

Выяснения и интерпретация причины неприведения диагностических и лечебных мероприятий, консультаций профильных специалистов
*объективные;
*необъективные

Оценка влияния невыполнения стандарта по обследованию на последующие этапы оказания медицинских услуг

- ✓ Оценка полноты и обоснованности диагностических и лечебных мероприятий проводится путем оценки их соответствия рекомендациям КП и/или СОП:
- диагностические и лечебные мероприятия подлежат выполнению в соответствии с вариантом течения заболевания у конкретного пациента.
- ✓ Обоснованность консультаций профильных специалистов проводится путем оценки их соответствия показаниям, описанным в КП и/или СОП.
- ✓ Критерии для оценки соответствия КП и/или СОП:

Критерии для оценки соответствия стандарту

Диагностические мероприятия	Лечебные мероприятия	Консультация профильных специалистов
<ul style="list-style-type: none">✓ Отсутствие диагностических мероприятий;✓ Неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных диагностических исследований, приведшие к неправильной постановке диагноза и	<ul style="list-style-type: none">✓ Отсутствие лечения при наличии показаний;✓ Назначение лечения при отсутствии показаний;✓ Назначение малоэффективных лечебных мероприятий без учета особенностей течения заболевания,	<ul style="list-style-type: none">✓ Отсутствие консультации, приведшее к ошибочной трактовке симптомов и синдромов, отрицательно повлиявших на исход заболевания; консультация своевременная, не привлечение во внимание мнения консультанта при постановке диагноза частично повлияло на исход заболевания;✓ Консультация своевременная, мнение



<p>ошибкам в тактике лечения;</p> <ul style="list-style-type: none">✓ проведение диагностических исследований; предусмотренных клиническими протоколами;✓ Проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в протоколы;✓ Проведение диагностических исследований, неинформативных для постановки правильного диагноза и приведших к необоснованному увеличению сроков лечения и удорожанию стоимости лечения;	<p>сопутствующих заболеваний и осложнений;</p> <ul style="list-style-type: none">✓ выполнение леченых мероприятий не в полном объеме, без учета функционального состояния органов и систем, назначения лекарственных средств без доказанной клинической эффективности;✓ преждевременное прекращение лечения при недооценке клинического эффекта и (или) утяжелении течения заболевания, кроме документально оформленных случаев отказа пациента от лечения✓ несоблюдение требующий Стандартов, отклонение от клинических протоколов,	<p>консультанта учтено при постановке диагноза, невыполнение рекомендации консультанта по лечению частично повлияло на исход заболевания;</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания
---	--	---



ГКП на ПХВ
"Ленгерская городская поликлиника"
УЗ Туркестанской области

Тип документа:
СОП

Система менеджмента качества

Версия:

Страница:

1

12 из 18

	наличие полипрагмазии без учета тяжелого побочного действия лекарств и развития нового патологического синдрома; ✓ несоблюдение требований Стандартов отклонение от клинических протоколов, наличие полипрогмазии, приведшее к развитию нового патологического синдрома и ухудшению состояния пациента;	
--	--	--


Алгоритм оценки развития осложнений после медицинских вмешательств:

- 1) При наличии осложнений после медицинских вмешательств устанавливаются их причины (например, обусловленные низким техническим качеством исполнения операции, послеоперационные осложнения, являющиеся следствием выполнения хирургических манипуляций и применения других методов исследования) и влияние на состояние здоровья пациента.
- 2) Оцениваются мероприятия по обеспечению оценки рисков осложнений, своевременности диагностики, профилактики и лечения осложнений.

Алгоритм оценки достигнутого результата:

Достигнутый результат диагностики и лечения оценивается по следующим критериям:

- достижение ожидаемого клинического эффекта при соблюдении технологии оказания медицинских услуг;

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

- отсутствие клинического эффекта лечебных и профилактических мероприятий вследствие некачественного сбора анамнеза и проведения диагностических исследований;
- отсутствие ожидаемого клинического эффекта вследствие проведения малоэффективных лечебных, профилактических мероприятий без учета особенностей течения заболевания, сопутствующих заболеваний, осложнений, назначение лекарственных средств без доказанной клинической эффективности;
- наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий.


Алгоритм оценки качества ведения медицинской документации:

- 1) При экспертизе качества ведения медицинской документации оцениваются:
 - соответствие с формами первичной медицинской документации организаций здравоохранения, утвержденными Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № КР ДСМ-175/2020 «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения»;
 - соответствии с формами документации, утвержденными Фондом;
 - наличие информированного согласия пациента на проведение инвазивных вмешательств, отказа от предлагаемого лечения;
 - наличие записи по обоснованию не проведения патологоанатомического исследования, за исключением случаев, установленных пунктом 2 статьи 56 Кодекса; полнота и качество записей; фиксирование даты каждой записи;
 - наличие подписи каждой записи врачом и/или другим медицинским работником с расшифровкой подписи (указание Ф.И.О.);
 - соблюдение хронологии записей;
 - последовательность, логичность и непротиворечивость записей;
 - наличие записей по интерпретации результатов диагностических исследований;
 - наличие записей по оценке динамики течения заболевания, эффективности проводимого лечения.
- 2) Оценка корректности ввода данных медицинской карты в КМИС: данные пациента;
 - коды диагнозов МКБ-10;
 - коды вмешательств по МКБ-9;
 - диагностические мероприятия; медикаменты;
 - полнота выписного эпикриза.

- 3) При выявлении некачественного ведения медицинской документации выясняются их причины и их влияние на исход.

Формирование структуры дефектов:

- 1) На основании данных результатов клинического аудита формируется отчет по структуре дефектов, выявленных при проведении клинического аудита;

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

- 2) Экспертами указываются выясненные при экспертизе причины дефектов.
- 3) Оценивается влияние дефектов на исход случая.

Анализ результатов клинического аудита:

- 1) Результаты клинического аудита СППВЭ представляет руководству Фонда, которые могут быть рассмотрены на заседаниях Медицинского совета;
- 2) Анализ клинического аудита включает выводы и предложения по улучшению качества медицинской помощи.

Результаты клинического аудита доводятся до сведения врачей и руководителей клинических структурных подразделений ЛГП.

В случае выявления системных проблем при анализе дефектов диагностики и лечения:

- 1) Специалистами СППВЭ совместно с лечащим врачом, заведующими отделениями и руководителями клинических структурных подразделений проводится разработка профилактических и корригирующих мероприятий по устранению дефектов качества медицинской помощи и ведения медицинской документации.
- 2) Определяются ответственные за исполнение мероприятий и сроки их реализации.
- 3) Руководителями клинических структурных подразделений обеспечивается мониторинг реализации разработанных мероприятий.

6.3 Документирование процедуры

Документирование процедуры осуществляется в следующих документах:

- 1) Медицинская карта пациента;
- 2) Экспертиза по результатам клинического аудита.

7. Индикаторы эффективности

- 1) Индикатор эффективности выполнения стандарта операционной процедуры:
- 2) Название индикатора «Полнота исполнения LU11».
- 3) Расчет индикатора:

$$\text{Полнота исполнения СОП} = \frac{\text{число выполненных требований}}{\text{общее число требований}} * 100$$


Целевое значение стремится к 100.

7. Организационные аспекты разработки стандарта операционной процедуры

7.1 Условия пересмотра СОП

Указание условий пересмотра стандарта операционной процедуры: 1 раз в 3 года и/или при появлении новых требований к процесс клинического аудита.


7.2 Список использованных источников

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

В настоящем СОП1 использованы следующие источники:

- 1) Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения»;
- 2) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 года № КР ДСМ - 111 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций»;
- 3) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 декабря 2020 года № КР ДСМ-230/2020 «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи)»;
- 4) Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № КР ДСМ-299/2020 «Об утверждении правил аккредитации в области здравоохранения»;
- 5) Совместный приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 ноября 2018 года № КР ДСМ-32 и Министра национальной экономики Республики Казахстан от 15 ноября 2018 года № 70 «Об утверждении критериев оценки степени риска и проверочных листов в сферах качества оказания медицинских услуг, обращения лекарственных средств и медицинских изделий» (с изменениями согласно Приказу Министра здравоохранения РК от 29.04.2019 № КР ДСМ-56 и Министра национальной экономики РК от 30.04.2019 № 33, Приказу Министра здравоохранения РК от 06.01.2021 № КР ДСМ-3 и Министра национальной экономики РК от 06.01.2021 № 5);
- 6) РУКОВОДСТВО по интерпретации стандартов национальной аккредитации. Для медицинских организаций в Республике Казахстан для организаций, оказывающих стационарную помощь. Версия №6 от 06.03.2021г.

7.3 Приложения

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 16 из 18

Приложение 1 к СОП
 «Алгоритм проведения
 клинического аудита».

«Чек- лист экспертизы медицинских карт амбулаторных пациентов»

За _____ месяц 20__ г.

Ф.И.О. пациента:

Дата рождения пациента:

Дата последнего осмотра врача:

Предварительный диагноз:

Клинический диагноз:

Основное комбинированное заболевание – сочетанные болезни:

№	Мероприятие	Проведен в полномочие полном объеме	Отметки «+» или «-»
1.	Сбор анамнеза		
2.	Клинический диагноз		
3.	Диагностические исследования		
4.	Лечебные мероприятия		
5.	Своевременность и качество консультаций /консилиума		
6.	Качествозаполнения медицинских карт		
7.	Профилактический осмотр		
8.	Запущенный случай		

Примечания:

Проверил(-а):



ГКП на ПХВ
"Ленгерская городская поликлиника"
УЗ Туркестанской области

Тип документа:
СОП

Система менеджмента качества

Версия:

1

Страница:

17 из 18

Лист регистрации изменений

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



ГКП на ПХВ
 "Ленгерская городская поликлиника"
 УЗ Туркестанской области

Тип документа:
 СОП

Система менеджмента качества

Версия:
 1

Страница:
 10 из 10

Лист ознакомления

№	Фамилия И.О.	Должность	Дата	Подпись
1	Шокиев Р	мер. с	04.01.2024	[Signature]
2	Абдиева Д.С.	мед. сестра	04.01.2024	[Signature]
3	Тотайев А	мед. сестра	04.01.2024	[Signature]
4	Хамракулов	медсестра	04.01.2024	[Signature]
5	Ибраимова Д	анушер	04.01.2024	[Signature]
6	Абдиева О.П.	врач	04.01.2024	[Signature]
7	Аширбаева Д.Н.	уч. м/с	04.01.2024	[Signature]
8	Жаракеева Д.Т.	ст. мер.	04.01.2024	[Signature]
9	Султоналиев С.А.	Гигиенист	04.01.2024	[Signature]
10	Абдиева Г.Э.	стоматолог	04.01.2024	[Signature]
11	Абдиева М	стол. м/с	04.01.24	[Signature]
12	Абдиева А.О.	стоматолог	04.01.24	[Signature]
13	Торшибаева С.И.	стол. зуб врач	04.01.24	[Signature]
14	Мамраева М.	стол. м/с	04.01.24	[Signature]
15	Алиев С	стом. м/с	04.01.24	[Signature]
16	Абдиева А.А.	стом. ст. м/с	04.01.2024	[Signature]
17	Садрбаев Д.Н.	стоматолог	04.02.2024	[Signature]
18	Шокиев Р.К.	кзр м/с	04.01.2024	[Signature]
19	Курбанов А.И.	мед. сестра	04.01.2024	[Signature]
20	Алиев С	ст. мер.	04.01.2024	[Signature]
21	Курбанов Б.Т.	терапевт	04.01.2024	[Signature]
22	Абдиева Р.В.	мед. сестра	04.01.2024	[Signature]
23	Абдиева М.	мед. сестра	04.01.2024	[Signature]
24	Мамраева Д	мед. сестра	04.01.2024	[Signature]
25	Курбанов И	анушер	04.01.2024	[Signature]
26	Абдиева С	м/с	04.01.2024	[Signature]

