

Приложение 3

к приказу № 2-А/сс

от «09» 01 2020г.

Проверочные листы по критериям качества специализированной  
медицинской помощи в ГБУЗ РК «Симферопольский КРД №1»

Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при  
эндометриозе (код по МКБ-10: N80)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное	Да/Нет
2.	Выполнена гистероскопия (при аденомиозе)	Да/Нет
3.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
4.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
5.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при  
доброкачественном новообразовании яичника, невоспалительных болезнях яичника,  
маточной трубы и широкой связки матки (коды по МКБ-10: D27; N83.0; N83.1;  
N83.2; N83.4; N83.5; N83.6; N83.7; N83.8; N83.9)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
----------	-------------------	----------------------

1.	Выполнен осмотр врачом акушером-гинекологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при симптомах острого живота)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при симптомах острого живота)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при симптомах острого живота)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при симптомах острого живота)	Да/Нет
5.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Проведена консервативная терапия и/или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
8.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
9.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

**Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при инфекции хирургической акушерской раны (коды по МКБ - 10: O86.0)**

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена санация гнойного очага с удалением некротических тканей не позднее 6 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
2.	Выполнен общий клинический анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из хирургической раны с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
4.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет

	(при отсутствии медицинских противопоказаний)	
--	---	--

**Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при акушерских кровотечениях в родах и в послеродовом периоде (коды по МКБ - 10: O67; O72)**

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Вызван второй врач-акушер-гинеколог или вторая акушерка не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
2.	Вызван врач-анестезиолог-реаниматолог не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
3.	Выполнено ингаляционное введение кислорода не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
4.	Выполнено введение уретнических лекарственных препаратов не позднее 10 минут от момента установления диагноза (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено введение двух внутривенных катетеров не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
6.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза) не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
7.	Выполнена катетеризация мочевого пузыря не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
8.	Выполнен наружновнутренний массаж и компрессия матки не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
9.	Выполнено удаление остатков плацентарной ткани и сгустков не позднее 10 минут от момента установления диагноза (при наличии остатков плацентарной ткани и сгустков)	Да/Нет
10.	Выполнено зашивание разрывов мягких родовых путей не позднее 10 минут от момента установления диагноза (при наличии разрывов мягких родовых путей)	Да/Нет
11.	Выполнена тромбоэластограмма	
12.	Выполнена коррекция нарушений в системе гемостаза (при наличии нарушений в системе гемостаза)	Да/Нет

13.	Проведена инфузионно-трансфузионная терапия	Да/Нет
14.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 20 минут от момента установления диагноза при массивной кровопотере, превышающей 30% объема циркулирующей крови (при неэффективности консервативного лечения)	Да/Нет
15.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
16.	Выполнено определение основных групп крови и резус-принадлежности	Да/Нет

**Критерии качества специализированной медицинской помощи беременным с сахарным диабетом (коды по МКБ-10: O24.0; O24.1; O24.3; O24.4; O24.9)**

п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено измерение гликемии не реже 4 раз в 24 часа ежедневно	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина (HbA1c)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (белок, общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды, билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, мочевины, креатинин, калий, натрий)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
5.	Выполнен общий анализ мочи	Да/Нет
6.	Выполнено исследование на микроальбуминурию (при сроке беременности до 22 недель)	Да/Нет
7.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации	Да/Нет
8.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное определение гемостаза)	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование плода (при сроке беременности 22 недели и более)	Да/Нет
10.	Выполнена консультация врача-офтальмолога	Да/Нет
11.	Выполнен расчет индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина и целевые значения гликемии натощак и через 1 час после еды и на ночь	Да/Нет
12.	Выполнена отмена гипогликемических лекарственных препаратов, кроме инсулина (в случае приема пациентом)	Да/Нет

13.	Выполнена терапия лекарственными препаратами группы инсулина и их аналогов и/или диетотерапия (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
14.	Достигнуты индивидуальные целевые значения гликемии натощак и через 1 час после еды и на ночь	Да/Нет

**Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при ложных схватках (код по МКБ-10: O47)**

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование плода	Да/Нет
3.	Выполнена кардиотокография плода	Да/Нет

**Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при внематочной [эктопической] беременности (код по МКБ-10: O00)**

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 15 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови	Да/Нет
4.	Выполнено определение основных групп крови (A, B, 0) и определение резус-принадлежности	Да/Нет
5.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при нарушенной беременности)	Да/Нет
6.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 72 часов от момента хирургического вмешательства или появления кровяных выделений (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет

8.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
----	--	--------

**Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при пузырном заносе и других аномальных продуктах зачатия (коды по МКБ-10: O01; O02)**

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное и трансабдоминальное	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
5.	Выполнено определение основных групп крови (A, B, 0) и определение резус-принадлежности	Да/Нет
6.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Выполнено хирургическое вмешательство (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
9.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки (при пузырном заносе)	Да/Нет
10.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 72 часов от момента хирургического вмешательства или появления кровяных выделений (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнено повторное ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное и трансабдоминальное	Да/Нет
12.	Выполнено повторное исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови	Да/Нет
13.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

14.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
-----	--	--------

**Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при самопроизвольном выкидыше (коды по МКБ-10: O20; O03.3; O03.4; O03.8; O03.9; O05.3; O05.4; O05.8; O05.9; O06.3; O06.4; O06.8; O06.9)**

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 15 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное (при удовлетворительном состоянии)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
5.	Выполнено определение основных групп крови (A, B, 0) и определение резус-принадлежности	Да/Нет
6.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
7.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 48 часов от момента хирургического вмешательства или появления кровяных выделений (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено повторное ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное	Да/Нет
9.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
10.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

**Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при аборте (самопроизвольном, искусственном, ином), внематочной или молярной беременности, осложнившейся длительным и чрезмерным кровотечением (коды по МКБ-10: O03.1; O03.6; O04.1; O04.6; O05.1; O05.6; O06.1; O06.6; O07.1; O07.6; O08.1)**

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 10 минут от момента	Да/Нет

	поступления в стационар или установления диагноза	
2.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
5.	Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и определение резус-принадлежности	Да/Нет
6.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) и/или тромбоэластограмма	Да/Нет
7.	Выполнено ингаляционное введение кислорода не позднее 10 минут от момента установления диагноза (при сатурации менее 92%)	Да/Нет
8.	Выполнено введение внутривенного катетера не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
9.	Выполнено введение лекарственных препаратов группы окситоцина и его аналогов и/или группы утеротонизирующие не позднее 10 минут от момента установления диагноза (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Проведена инфузионно-трансфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнена коррекция нарушений в системе гемостаза (при наличии нарушений в системе гемостаза)	Да/Нет
12.	Выполнена катетеризация мочевого пузыря не позднее 30 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
13.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза) не позднее 10 мин от момента установления диагноза	Да/Нет
14.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
15.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
16.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 48 часов от момента хирургического вмешательства или появления кровяных выделений (при	Да/Нет

	отсутствии медицинских противопоказаний)	
17.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
18.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

**Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при инфекции половых путей и тазовых органов, вызванные абортom, внематочной или молярной беременностью (коды по МКБ-10: O03.0; O03.5; O04.0; O04.5; O05.0; O05.5; O06.0; O06.5; O07.0; O07.5; O08.0)**

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 30 мин от момента поступления в стационар или установления диагноза	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови	Да/Нет
6.	Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и определение резус-принадлежности	Да/Нет
7.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
8.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
9.	Выполнена санация гнойного очага	Да/Нет
10.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнено повторное исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови	Да/Нет
12.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 48 часов от момента хирургического вмешательства или появления кровяных выделений (при	Да/Нет

	отсутствии медицинских противопоказаний)	
13.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
14.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

**Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при предлежании плаценты с кровотечением, преждевременной отслойке плаценты, дородовом кровотечении (коды по МКБ-10: O44.1; O45; O46)**

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено введение внутривенного катетера не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/Нет
3.	Выполнено ингаляционное введение кислорода (при сатурации менее 92%)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
5.	Выполнено определение основных групп крови (A, B, 0) и определение резус-принадлежности	Да/Нет
6.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) и/или тромбоэластограмма	Да/Нет
7.	Выполнена кардиотокография плода не позднее 30 минут от момента поступления (при удовлетворительном состоянии)	Да/Нет
8.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза)	Да/Нет
9.	Проведена инфузионно-трансфузионная терапия (при кровопотере более 500 мл и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнена коррекция нарушений в системе гемостаза (при наличии нарушений в системе гемостаза)	Да/Нет
11.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
12.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

**Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при родах одноплодных, самопроизвольном родоразрешении (включено: случаи с минимальной помощью или без нее, с проведением эпизиотомии или без нее) (коды по МКБ-10: O80; O70; O71.3; O71.4)**

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена установка внутривенного катетера роженице	Да/Нет
2.	Выполнена аускультация плода с помощью стетоскопа и/или кардиотокография плода	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование плода не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
4.	Выполнено ведение партограммы	Да/Нет
5.	Выполнено введение лекарственных препаратов группы окситоцин и его аналогов роженице не позднее 1 минуты от момента рождения ребенка (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено пережатие пуповины новорожденного не ранее 60 секунд и не позднее 3 минут от момента рождения	Да/Нет
7.	Выполнено выделение последа не позднее 30 минут от момента рождения ребенка	Да/Нет
8.	Выполнено исследование плаценты послеродовое	Да/Нет
9.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 72 часов от момента родоразрешения (при рождении резус-положительного ребенка и при отсутствии резус-антител в крови и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнено ушивание разрывов мягких тканей родовых путей и/или шейки матки (при наличии разрывов мягких тканей родовых путей и/или шейки матки и/или при разрезе промежности (эпизиотомии)) не позднее 60 минут от момента родоразрешения	Да/Нет
11.	Выполнена оценка состояния новорожденного (спонтанное дыхание, сердечные сокращения, цвет кожных покровов) в конце первой минуты от момента рождения	Да/Нет

**Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при оперативном родоразрешении путем кесарева сечения (коды по МКБ-10: O82; O84.2)**

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена аускультация плода с помощью стетоскопа и/или кардиотокография плода (не позднее 30 минут до хирургического вмешательства)	Да/Нет
2.	Выполнена установка внутривенного катетера роженице	Да/Нет
3.	Выполнена постановка мочевого катетера роженице	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый роженице	Да/Нет
5.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) и/или тромбоэластограмма (при плановом хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
6.	Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и определение резус-принадлежности роженице	Да/Нет
7.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до оперативного родоразрешения (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена инфузионно-трансфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено пережатие пуповины новорожденного не ранее 30 секунд и не позднее 1 минуты от момента рождения	Да/Нет
10.	Выполнено введение лекарственных препаратов группы окситоцин и его аналогов роженице внутривенно медленно не позднее 1 минуты от момента извлечения плода (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнена оценка состояния новорожденного (спонтанное дыхание, сердечные сокращения, цвет кожных покровов) в конце первой минуты от момента рождения	Да/Нет
12.	Выполнено исследование плаценты послеродовое	Да/Нет
13.	Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 72 часов от момента родоразрешения (при рождении резус-положительного ребенка и при отсутствии резус-антител в крови и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
14.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый родильницы не позднее 72 часов от момента оперативного родоразрешения	Да/Нет

15.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при субфебрильной температуре тела в течение 72 часов от момента оперативного родоразрешения)	Да/Нет
16.	Температура тела не выше 37,2 °С на момент выписки из стационара	Да/Нет
17.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
18.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

**Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при преждевременном разрыве плодных оболочек, преждевременных родах (коды по МКБ-10: O42; O60)**

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование плода не позднее 60 минут от момента поступления в стационар (при удовлетворительном состоянии)	Да/Нет
3.	Выполнена кардиотокография плода не позднее 60 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови (при родовом излитии околоплодных вод)	Да/Нет
6.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при родовом излитии околоплодных вод)	Да/Нет
7.	Выполнен токолиз (при раскрытии маточного зева менее 3 см в срок гестации менее 34 недель (угрожающие преждевременные роды) или при раскрытии маточного зева менее 3 см в срок гестации 34 - 37 недель в случае транспортировки в стационар 3 уровня и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена антенатальная терапия лекарственными препаратами группы системные глюкокортикостероиды (при сроке гестации менее 37 недель и раскрытии маточного зева менее 3 см, при отсутствии медицинских	Да/Нет

	противопоказаний)	
9.	Отсутствие тромбозмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
10.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

**Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при отеках, протеинурии и гипертензивных расстройствах во время беременности, родов и в послеродовом периоде, преэклампсии, эклампсии (коды по МКБ-10: O10 - O16)**

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Проведена терапия антигипертензивными лекарственными препаратами не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при тяжелой преэклампсии и эклампсии и при артериальном давлении более 140/90 мм. рт. ст. и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено введение Магния сульфата внутривенно медленно не позднее 30 минут от момента поступления (при тяжелой преэклампсии и эклампсии и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование плода не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при удовлетворительном состоянии)	Да/Нет
5.	Выполнена кардиотокография плода не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при сроке беременности более 32 недель (при удовлетворительном состоянии)	Да/Нет
6.	Выполнена оценка степени нарушения сознания по шкале Глазко не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнена искусственная вентиляция легких (при оценке по шкале Глазго ниже 8 баллов и/или серии судорожных приступов)	Да/Нет
8.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериальное давление, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза) (при тяжелой преэклампсии и эклампсии)	Да/Нет
9.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
10.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет

11.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, общего билирубина, свободного и связанного билирубина, аспартат-трансаминаза, аланин-трансаминаза, креатинин, мочевиная кислота, лактатдегидрогеназа, натрий, калий)	Да/Нет
12.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) и/или тромбоэластограмма	Да/Нет
13.	Выполнено определение белка в суточной моче	Да/Нет
14.	Проведена антигипертензивная терапия антиадренергическими лекарственными препаратами центрального действия и/или селективным блокатором кальциевых каналов с преимущественным влиянием на сосуды и/или бета-адреноблокаторами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
15.	Проведена антенатальная терапия лекарственными препаратами группы системные глюкокортикостероиды (при сроке гестации менее 34 недель и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16.	Выполнено родоразрешение при нарастании тяжести преэклампсии	Да/Нет
17.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
18.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

**Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при послеродовом сепсисе (код по МКБ-10: O85)**

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, общий белок, мочевиная, креатинин, калий, натрий) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка и/или прокальцитонина в крови	Да/Нет
5.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
6.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из полости матки с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и	Да/Нет

	другим лекарственным препаратам	
7.	Выполнено бактериологическое исследование крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
8.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО2, РаО2, ВЕ, SB, BB, SO2, НbO)	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное и/или магнитно-резонансная томография брюшной полости и органов малого таза	Да/Нет
10.	Выполнено электрокардиографическое исследование	Да/Нет
11.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислородом в крови, диуреза)	Да/Нет
12.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Проведена инфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

**Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при послеродовом эндометрите (код по МКБ-10: O86.8)**

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, мочевины, креатинин, калий, натрий, кальций) не менее 2 раз за период госпитализации	Да/Нет
3.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка и/или прокальцитонина в крови	Да/Нет
5.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
6.	* Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное и/или магнитно-резонансная томография брюшной	Да/Нет

	полости и органов малого таза	
7.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из полости матки с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
8.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Проведена инфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

**Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при замедленном росте и недостаточности питания плода (код по МКБ-10: P05)**

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка физического развития новорожденного по центильным таблицам при рождении	Да/Нет
2.	Выполнена оценка гестационного возраста и физического развития новорожденного по шкале Балларда не позднее 36 часов от момента рождения	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин, креатинин, мочевины) не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
4.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО <sub>2</sub> , РаО <sub>2</sub> , ВЕ) не реже 1 раза в 24 часа (при дыхательной недостаточности)	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
6.	Выполнена нейросонография	Да/Нет
7.	Выполнено измерение массы тела не реже 1 раза в 24 часа	Да/Нет

**Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при расстройствах, связанных с укорочением срока беременности и малой массой тела при рождении (код по МКБ-10: P07)**

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman при рождении	Да/Нет
2.	Выполнена профилактика гипотермии с использованием пластиковой пленки (пакета) при рождении (при сроке гестации менее 28 недель и/или массе тела при рождении менее 1000 грамм)	Да/Нет
3.	Выполнено мониторингирование жизненно важных функций (пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови) в течение не менее 48 часов от момента рождения (у новорожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО <sub>2</sub> , РаО <sub>2</sub> , ВЕ) не реже 1 раза в 24 часа (при дыхательной недостаточности)	Да/Нет
5.	Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии показаний)	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ развернутый с подсчетом нейтрофильного индекса не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента рождения (при дыхательной недостаточности)	Да/Нет
8.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, общий белок, общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин, креатинин, мочевина) не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
9.	Выполнено выхаживание с сохранением температурного баланса до достижения массы тела 1,9 кг и более (при массе тела менее 1,9 кг)	Да/Нет
10.	Выполнена нейросонография	Да/Нет
11.	Выполнена эхокардиография (у новорожденных с экстремально низкой массой тела при рождении)	Да/Нет
12.	Выполнена оценка гестационного возраста и физического развития новорожденных по шкале Балларда не позднее 36 часов от момента рождения	Да/Нет
13.	Выполнено измерение массы тела не реже 1 раза в 24 часа	Да/Нет

**Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при  
внутриутробной гипоксии, асфиксии при родах (коды по МКБ-10: P20; P21)**

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка состояния новорожденного по шкале Апгар на 1 и 5 минуте жизни	Да/Нет
2.	Выполнена оценка состояния новорожденного по шкале Апгар на 10 минуте жизни (при оценке по шкале Апгар ниже 4 баллов на 5 минуте жизни)	Да/Нет
3.	Выполнена нейросонография не позднее 72 часов от момента рождения	Да/Нет
4.	Выполнена консультация врача-невролога не позднее 24 часов от момента проведения нейросонографии	Да/Нет
5.	Выполнена повторная нейросонография не позднее 96 часов от момента проведения предыдущей нейросонографии	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
7.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, лактат, мочеви́на, калий, натрий, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин) не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
8.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО <sub>2</sub> , РаО <sub>2</sub> , ВЕ) не позднее 6 часов от момента рождения или не позднее 5 минут от момента рождения при оценке по шкале Апгар ниже 3 баллов	Да/Нет
9.	Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
10.	Выполнено повторное исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО <sub>2</sub> , РаО <sub>2</sub> , ВЕ) не реже 4 раз в 24 часа при оценке по шкале Апгар ниже 3 баллов	Да/Нет
11.	Выполнена терапия противоэпилептическими лекарственными препаратами (при судорожном синдроме и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

**Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при  
транзиторном тахипноэ у новорожденного (код по МКБ-10: P22.1)**

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman (для недоношенных) или шкале Downes (для доношенных) (не позднее 2 часов и повторно не позднее 6, 12 и 24 часов от момента рождения)	Да/Нет
2.	Выполнена пульсоксиметрия с мониторингом частоты сердечных сокращений не позднее 1 минуты от момента выявления дыхательных нарушений по шкале Silverman (для недоношенных) или шкале Downes (для доношенных)	Да/Нет
3.	Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии показаний)	Да/Нет
4.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (дыхания, уровня насыщения кислородом в крови, пульса)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО <sub>2</sub> , РаО <sub>2</sub> , ВЕ) не реже 1 раза в 24 часа (при дыхательной недостаточности)	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часа от момента выявления дыхательных нарушений	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента выявления дыхательных нарушений	Да/Нет
8.	Отсутствие развития синдрома "утечки воздуха"	Да/Нет

**Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при синдроме дыхательного расстройства у новорожденного и первичном ателектазе у новорожденного (коды по МКБ-10: P22.0; P28.0)**

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman	Да/Нет
2.	Выполнена пульсоксиметрия с мониторингом частоты сердечных сокращений не позднее 1 минуты от момента выявления дыхательных нарушений	Да/Нет
3.	Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет

4.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, пульса)	Да/Нет
5.	Выполнено введение сурфакта (при наличии показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (Ph, PaCO <sub>2</sub> , PaO <sub>2</sub> , BE) не позднее 3 часа от момента выявления дыхательных нарушений по шкале Silverman	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента выявления дыхательных нарушений по шкале Silverman	Да/Нет
8.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента выявления дыхательных нарушений по шкале Silverman	Да/Нет
9.	Отсутствие развития синдрома "утечки воздуха"	Да/Нет

**Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при врожденной пневмонии (код по МКБ-10: P23)**

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman (для недоношенных) или шкале Downes (для доношенных) при рождении	Да/Нет
2.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови) в течение 24 часов от момента рождения	Да/Нет
3.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (pH, PaCO <sub>2</sub> , PaO <sub>2</sub> , BE) не реже 1 раза в 24 часа (при дыхательной недостаточности)	Да/Нет
4.	Выполнено ингаляционное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
5.	Выполнено бактериологическое исследование мокроты или трахеального аспирата на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
6.	Выполнено бактериологическое исследование крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет

7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с определением нейтрофильного индекса не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
8.	Выполнен повторный анализ крови развернутый с определением нейтрофильного индекса не позднее 72 часов от момента предыдущего исследования	Да/Нет
9.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
10.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет
11.	Отсутствие развития синдрома "утечки воздуха"	Да/Нет

**Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при неонатальном аспирационном синдроме (коды по МКБ-10: P24.0; P24.1; P24.2; P24.8; P24.9)**

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman (для недоношенных) или шкале Downes (для доношенных) (не позднее 2 часов от момента рождения и повторно не позднее 6 часов и 24 часов от момента рождения)	Да/Нет
2.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови) (при дыхательной недостаточности)	Да/Нет
3.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО <sub>2</sub> , РаО <sub>2</sub> , ВЕ) не реже 2 раз в 24 часа (при дыхательной недостаточности)	Да/Нет
4.	Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
5.	Выполнено бактериологическое исследование крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с определением нейтрофильного индекса не позднее 24 часов от момента рождения	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов	Да/Нет

	от момента рождения	
8.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет

**Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при бронхолегочной дисплазии, возникшей в перинатальном периоде (код по МКБ-10: P27.1)**

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки	Да/Нет
3.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови) и/или пульсоксиметрия не реже 2 раз в 24 часа	Да/Нет
4.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО <sub>2</sub> , РаО <sub>2</sub> , ВЕ)	Да/Нет
5.	Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии показаний)	Да/Нет
6.	Выполнена эхокардиография	Да/Нет
7.	Выполнена терапия лекарственными препаратами группы системные глюкокортикостероиды или группы ингаляционные глюкокортикостероиды (при дыхательной недостаточности в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено лечение лекарственными препаратами: группы короткодействующие селективные бета 2-адреномиметики ингаляторно или комбинацией лекарственных препаратов группы селективные бета 2-адреномиметики и группы холинолитики (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет

**Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при внутричерепном нетравматическом кровоизлиянии у плода и новорожденного (код по МКБ-10: P52)**

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение протромбинового времени и/или протромбинового индекса и/или международного нормализованного отношения	Да/Нет
2.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (дыхания, уровня насыщения кислородом в крови, пульса)	Да/Нет
3.	Выполнена нейросонография не позднее 24 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
4.	Выполнена консультация врача-невролога не позднее 24 часов от момента проведения нейросонографии	Да/Нет
5.	Выполнена повторная нейросонография не позднее 72 часов от момента проведения предыдущей нейросонографии	Да/Нет
6.	Выполнена терапия лекарственными препаратами группы Витамин К и другие системные гемостатики (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Отсутствие прогрессирования кровоизлияния	Да/Нет

**Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при геморрагической болезни плода и новорожденного (код по МКБ-10: P53)**

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена терапия лекарственными препаратами: группы Витамин К и другие системные гемостатики и/или свежзамороженной плазмой не позднее 30 минут от момента выявления кровоточивости (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови с определением уровня тромбоцитов, гематокрита в крови не позднее 12 часов от момента выявления кровоточивости	Да/Нет
3.	Выполнено определение протромбинового времени и/или протромбинового индекса и/или международного нормализованного отношения	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование почек и надпочечников	Да/Нет

5.	Выполнена нейросонография	Да/Нет
6.	Выполнено введение лекарственных препаратов группы Витамин К или аналогов не более 5 раз в течение 72 часов в период госпитализации	Да/Нет

**Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при гемолитической болезни плода и новорожденного, водянке плода, обусловленной гемолитической болезнью (коды по МКБ-10: P55; P56)**

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование уровня общего билирубина и уровня общего гемоглобина в пуповинной крови у новорожденного при рождении (при отрицательном резус факторе и/или группы крови 0(I) у матери)	Да/Нет
2.	Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и определение резус-принадлежности у новорожденного в пуповинной крови при рождении	Да/Нет
3.	Выполнен прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса) и/или непрямой антиглобулиновый тест (тест Кумбса)	Да/Нет
4.	Выполнена операция частичного заменного переливания крови не позднее 3 часов от момента рождения (при отечной форме гемолитической болезни)	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови с определением количества ретикулоцитов	Да/Нет
6.	Выполнено повторное исследование уровня общего билирубина и определен почасовой прирост общего билирубина не позднее 6 часов и 12 часов от момента рождения	Да/Нет
7.	Выполнена фототерапия кожи и/или операция заменного переливания крови после оценки уровня общего билирубина в зависимости от массы тела при рождении (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
8.	Достигнут уровень общего билирубина в крови ниже значений, являющихся показанием для начала фототерапии	Да/Нет
9.	Отсутствие анемии на момент выписки из стационара	Да/Нет

**специализированной медицинской помощи детям при неонатальной желтухе (коды по МКБ-10: P58; P59)**

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, свободный билирубин, связанный билирубин)	Да/Нет
2.	Выполнен повторный анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин) (при окрашивании 3-й кожной зоны у недоношенных и 4-й кожной зоны у доношенных новорожденных по шкале Крамера)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с определением количества ретикулоцитов	Да/Нет
4.	Выполнен повторный анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин) не позднее 12 часов от момента предыдущего исследования (при наличии риска развития билирубиновой энцефалопатии)	Да/Нет
5.	Выполнена фототерапия и/или заменное переливание крови после оценки уровня общего билирубина с учетом массы тела при рождении (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
6.	Достигнут уровень общего билирубина в крови ниже значений, являющихся показанием для начала фототерапии	Да/Нет
7.	Отсутствие анемии на момент выписки из стационара	Да/Нет

**Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при других нарушениях церебрального статуса (церебральная ишемия) у новорожденного (код по МКБ-10: P91)**

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена нейросонография не позднее 24 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
2.	Выполнена консультация врача-невролога не позднее 24 часов от момента проведения нейросонографии	Да/Нет
3.	Выполнена повторная нейросонография не позднее 48 часов от момента проведения предыдущей нейросонографии	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента установления диагноза	Да/Нет

5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, лактат, мочеви́на, калий, натрий, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин) не позднее 24 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
6.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, PaCO <sub>2</sub> , PaO <sub>2</sub> , BE) не позднее 6 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
7.	Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
8.	Выполнена терапия противэпилептическими лекарственными препаратами (при судорожном синдроме и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет