



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

30.12.2019

№ 1422р

Г **7 Г О внедрении перечня индикаторов выполнения клинических рекомендаций по данным медицинской документации при оказании медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями**

В соответствии с приказом Минздрава России от 07.06.2019 № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», пунктами 1.12 и 1.13 плана мероприятий региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми (Астраханская область)», утвержденной постановлением Правительства Астраханской области от 21.06.2019 №200-П, в целях совершенствования оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Астраханской области:

1. Утвердить прилагаемые перечни индикаторов выполнения клинических рекомендаций по данным медицинской документации при оказании медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

2. Главным врачам государственных бюджетных учреждений здравоохранения Астраханской области (далее - ГБУЗ АО) обеспечить использование в работе перечней индикаторов выполнения клинических рекомендаций по данным медицинской документации при оказании медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

3. Главному внештатному специалисту министерства здравоохранения Астраханской области кардиологу и главному внештатному специалисту министерства здравоохранения Астраханской области неврологу осуществлять организационно - методическую помощь ГБУЗ АО по использованию перечней индикаторов выполнения клинических рекомендаций по данным медицинской документации при оказании медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

4. Отделу нормативно-правового обеспечения министерства здравоохранения Астраханской области направить настоящее распоряжение в информационные агентства ООО «Астрахань-Гарант-Сервис» и ООО

«Астраханский информационный центр «Консультант Плюс» для включения в электронную базу данных.

5. ГБУЗ АО «Медицинский информационно-аналитический центр» разместить настоящее распоряжение на сайте министерства здравоохранения Астраханской области в течение 3 дней со дня его подписания.

6. Распоряжение вступает в силу со дня его подписания.

И.о. министра здравоохранения  
Астраханской области



С.Н. Смирнова

Утвержден  
распоряжением  
здравоохранения  
Астраханской области  
от 30.12.2019 № 1422р

Перечень индикаторов выполнения клинических рекомендаций по данным медицинской документации (далее - индикаторы) при оказании медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями

1. Внутренняя проверка индикаторов оказания медицинской помощи в стационарных условиях при остром коронарном синдроме

1.1. Перечень индикаторов оказания медицинской помощи в стационарных условиях при остром коронарном синдроме

1.	Каналы госпитализации: скорая медицинская помощь (далее - СМП), перевод из первичного сосудистого отделения (далее - ПСО) и из других медицинских организаций.
2.	Маршрутизация по времени до чрезкожного вмешательства (далее - ЧКВ):
2.1.	От начала заболевания;
2.2	От момента госпитализации.
3.	Проведение тромболитической терапии (далее - ТЛТ):
4.	Определение уровня маркеров повреждения миокарда: тропонин, МВ фракция креатинфосфокиназы (далее — КФК):
4.1.	Метод определения маркера (количественный или качественный);
4.2.	Контроль уровня маркера в случае, если первое определение было недостоверным.
5.	Определение уровня общего холестерина, триглицеридов и липопротеидов низкой плотности.
6.	Определение исходного уровня активированного частичного тромбопластинового времени (далее - АЧТВ) при терапии гепарином:
6.1.	Выполнение контроля АЧТВ;
6.2.	Частота контроля АЧТВ.
7.	Применение двойной антиагрегантной терапии:

7.1.	Сроки применяемой и рекомендуемой двойной антиагрегантной терапии;
7.2.	Адекватность поддерживающей дозы двойной антиагрегантной терапии.
8.	Наличие нагрузочной дозы клопидогрела (тикагрелора) и ацетилсалициловой кислоты.
9.	Применение антикоагулянтной терапии:
9.1.	Сроки антикоагулянтной терапии;
9.2.	Методика применения антикоагулянтной терапии (внутривенная инфузия).
9.3.	Применение шкал (CHA2DS2-VASc, HAS-BLED) при пероральной терапии.
10.	Отсутствие в схеме лечения препаратов с недоказанной эффективностью.
11.	Госпитализация в отделение анестезиологии и реанимации (ОАР)/ блок интенсивной терапии и реанимации (далее — БИТР):
11.1.	Время госпитализации в ОАР (БИТР) -непосредственно, минуя приёмное отделение;
11.2.	Сроки перевода из ОАР (БИТР).
12.	Выполнение коронароангиографии.
13.	Выполнение реваскуляризации миокарда.
14.	Выполнение эхокардиографии.
15.	Выполнение суточного мониторирования электрокардиограммы (далее -ЭКГ).
16.	Реабилитация.
17.	Рекомендации.
18.	Шкалы риска (по тактике)
19.	Протокол/заключение heart-time по тактике

1.2. Чек-лист отчетности о деятельности системы внутреннего контроля качества медицинской помощи в стационарных условиях при остром коронарном синдроме, составленный после проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок

Наименование медицинской организации

№ карты стационарного больного

Дата проведения экспертизы

№№	Индикатор	Отметка о
----	-----------	-----------

		выполнении
1.0	Каналы госпитализации: СМП, перевод из ПСО и другие.	
2.	Маршрутизация по времени (до ЧКВ)	
2.1	От начала заболевания;	
2.2	От момента госпитализации.	
3.	Проведение ТЛТ	
3.1	СМП	
3.2	ПСО	
4.	Определение уровня маркеров повреждения миокарда: тропонин, МВ фракция креатинфоскокиназы (КФК)	
4.1	Метод определения маркера (количественный или качественный);	
4.2	Контроль уровня маркера в случае, если первое определение было недостоверным.	
5.	Определение уровня общего холестерина, триглицеридов и липопротеидов низкой плотности	
6.	Определение исходного уровня активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) при терапии гепарином	
6.1	Выполнение контроля АЧТВ;	
6.2	Время контроля АЧТВ;	
6.3	Частота контроля АЧТВ.	
7.	Применение двойной антиагрегантной терапии	
7.1	Сроки применяемой и рекомендуемой двойной антиагрегантной терапии;	
7.2	Адекватность поддерживающей дозы двойной антиагрегантной терапии.	
8.	Наличие нагрузочной дозы клопидогрела (тикагрелора) и ацетилсалicyловой кислоты.	
9.	Применение антикоагулянтной терапии	
9.1	Сроки антикоагулянтной терапии;	
9.2	Методика применения антикоагулянтной терапии (внутривенная инфузия).	
9.3	Применение шкал (CHA2DS2-VASc, HAS-BLED) при пероральной терапии	
10.	Отсутствие в схеме лечения препаратов с недоказанной эффективностью.	
11.	Госпитализация в отделение анестезиологии и реанимации (ОАР)/ БИТР	
11.1	Время госпитализации в ОАР (БИТР) -непосредственно, минуя приёмное отделение;	
11.2	Сроки перевода из ОАР (БИТР).	

12.	Выполнение коронароангиографии.	
13.	Выполнение реваскуляризации миокарда.	
14.	Выполнение эхокардиографии.	
15.	Выполнение суточногомониторирования ЭКГ	
16.	Реабилитация	
17.	Рекомендации.	
18.	Шкалы риска (по тактике)	
19.	Протокол/заключение heart-timeto тактике	

2. Внутренняя проверка индикаторов оказания медицинской помощи в стационарных условиях при хронической ишемической болезни сердца, сердечной недостаточности и нарушениях ритма

2.1. Перечень индикаторов оказания медицинской помощи в стационарных условиях при хронической ишемической болезни сердца (далее - ИБС), сердечной недостаточности и нарушениях ритма

1.	Наличие развернутого биохимического анализа крови (креатинин, глюкоза, калий, натрий, магний, аспартатаминотрансфераза (далее - АСТ), аланинаминотрансфераза (далее - АЛТ)).
2.	Определение липидного спектра.
3.	Наличие показателей коагулограммы (АЧТВ, протромбиновый индекс, международное нормализованное отношение (далее - МНО)).
4.	Наличие эхокардиографического исследования (далее - ЭКГ).
5.	Наличие данных суточногомониторирования ЭКГ.
6.	Наличие дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий при синдроме Морганьи-Адамса-Стокса.
7	Наличие антиагрегантной терапии при ИБС.
8.	Наличие антикоагулянтной терапии:
8.1.	Сроки антикоагулянтной терапии;
8.2.	Методы антикоагулянтной терапии (парентеральный/пероральный);
8.3	Применение шкал (CHA2DS2-VASc, HAS-BLED).
9.	Назначение и рекомендация гиполипидемической терапии.
10.	Назначение и рекомендация терапии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (далее - АПФ)/сартанами.
11.	Назначение и рекомендация терапии бета-адреноблокаторами.
12.	Назначение и рекомендация терапии диуретиками.
13.	Назначение и рекомендация терапии нитратами.
14.	Отсутствие в схеме терапии препаратов с недоказанной

	эффективностью.
15.	Проведение пробы с физической нагрузкой (VELOЭРГОМЕТРИЯ, ТРЕДМИЛ-тест, стресс-эхокардиография).
16.	Выполнение коронароангиографии.

2.2. Чек - лист отчетности о деятельности системы внутреннего контроля качества медицинской помощи в стационарных условиях при хронической ИБС, сердечной недостаточности и нарушениях ритма, составленный после проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок

Наименование медицинской организации

№ карты стационарного больного

Дата проведения экспертизы

№№	Индикатор	Отметка о выполнении
1.	Наличие развернутого биохимического анализа крови (креатинин, глюкоза, калий, натрий, АСТ, АЛТ).	
2.	Определение липидного спектра.	
3.	Наличие показателей коагулограммы (АЧТВ, протромбиновый индекс, МНО).	
4.	Наличие эхокардиографического исследования.	
5.	Наличие данных суточногомониторирования ЭКГ.	
6.	Наличие дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий при синдроме Морганьи-Адамса-Стокса.	
7.	Наличие антиагрегантной терапии при ИБС.	
8.	Наличие антикоагулянтной терапии	
8.1.	Сроки антикоагулянтной терапии;	
8.2.	Методы антикоагулянтной терапии (парентеральный/пероральный).	
8.3	Применение шкал (CHA2DS2-VASc, HAS-BLED)	
9.	Назначение и рекомендация гиполипидемической терапии.	
10.	Назначение и рекомендация терапии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (АПФ)/сартанами.	
11.	Назначение и рекомендация терапии бета-адреноблокаторами.	
12.	Назначение и рекомендация терапии диуретиками.	
13.	Назначение и рекомендация терапии нитратами.	

14.	Отсутствие в схеме терапии препаратов с недоказанной эффективностью.	
15.	Проведение пробы с физической нагрузкой (велозергометрия, трендмил-тест, стресс-эхокардиография).	
16.	Выполнение коронароангиографии.	

3. Внутренняя проверка индикаторов при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях пациентам с артериальной гипертонией

3.1. Перечень индикаторов оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях при артериальной гипертонии

1	Собраны жалобы, анамнез (включая семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний)
2	Проведен опрос на определение факторов риска курения (индекс курения), характера питания, физической активности
3	Уточнен факт и характер приема гипотензивных препаратов
4	Уточнены факты приема гиполипидемических, антиагрегантных и гипогликемических препаратов при наличии показаний
5	Проведен общий осмотр и физикальное обследование, включая пальпацию периферических сосудов и аускультацию подключичных, сонных, почечных и бедренных артерий
6	Измерены индекс массы тела и окружности талии при каждом посещении
7	Проведено измерения АД на обеих руках при каждом посещении, указание пульсового давления
8	Проведен самоконтроль артериального давления с его анализом или суточноемониторирование АД
9	Определена глюкоза крови не реже одного раза в год
10	При уровне глюкозы крови натощак более 5,6 ммоль/л и/или наличия ожирения проведен стандартный глюкозотolerантный тест и/или гликированный гемоглобин
11	Определен уровень общего холестерина не реже одного раза в год, достигнуто ли целевое значение
12	Проведена оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE
13	Определены уровни холестерина липопротеидов низкой плотности, холестерина липопротеидов высокой плотности, триглицеридов в сыворотке крови при взятии на диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года
14	Определены уровни калия и натрия сыворотки крови при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года
15	Определен уровень креатинина сыворотки крови с расчетом СКФ при взятии под диспансерное наблюдение, но не реже 1 раза в 2 года
16	Выполнен общий анализ мочи (осадок и протеинурия), при

	отрицательных результатах на протеинурию - анализ мочи на микроальбуминурию при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года
17	Выполнен общий анализ крови, гемоглобин не реже одного раза в год
18	Определен уровень мочевой кислоты не реже одного раза в год
19	Выполнена ЭКГ в 12 отведений с расчетом индекса Соколова-Лайона не реже 1 раза в год
20	Выполнено эхокардиографическое исследование с определением ИММЛЖ и диастолической функции при взятии под диспансерное наблюдение, в последующем по показаниям, но не менее 1 раза в 2 года
21	Выполнено дуплексное сканирование сонных артерий при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не менее 1 раза в 2 года (у мужчин старше 40 лет - 1 раз в год, у женщин старше 50 лет - 1 раз в год)
22	Определен лодыжечно-плечевой индекс при взятии под диспансерное наблюдение, в последующем по показаниям
23	Выполнено УЗИ почек и дуплексное сканирование почечных артерий при наличии обоснованного подозрения на их патологию
24	У лиц с тяжелой степенью артериальной гипертонии, рефрактерной артериальной гипертонией, высоким сердечно-сосудистым риском осуществлена консультация окулиста при взятии под диспансерное наблюдение и далее по показаниям
25	Проведена корректировка гипотензивной терапии и терапии сопутствующих заболеваний, использованы комбинированные препараты
26	При наличии фибрилляции предсердий проведена оценка по шкале CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год
27	При наличии фибрилляции предсердий по показаниям назначены оральные антикоагулянты при условии отсутствия противопоказаний
28	Осуществлен лабораторный контроль терапии непрямыми антикоагулянтами при приеме варфарина на стадии подбора дозы определение МНО каждые дня, после достижения целевого диапазона – раз в 5-7 дней, после получения трех подряд результатов МНО в целевом диапазоне не менее 1 раза в месяц.
29	Проведено объяснение пациенту и/или обеспечение его памяткой по алгоритму неотложных действий при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития которого у пациента наиболее высокая (роспись пациента в амбулаторной карте)
30	Осуществлен самоконтроль АД, ЧСС (дневники вклеены в амбулаторную карту)
31	Направлен в школу «Артериальной гипертонии»
32	Направлен в кабинет хронической сердечной недостаточности по показаниям
33	Регулярность динамического наблюдения (для пациентов с высоким и очень высоким риском и лиц с низкой приверженностью к лечению, а также получающих только немедикаментозную терапию 1 раз в 3 месяца, со средним и низким риском — 1 раз в 4-6 месяцев)

3.2. Чек - лист отчетности о деятельности системы внутреннего контроля качества медицинской помощи в амбулаторных условиях при артериальной гипертонии, составленный после проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок

Наименование медицинской организации

№ карты амбулаторного больного

Дата проведения экспертизы

№ №	Индикатор	Отметка о выполнении
1	Собраны жалобы, анамнез (включая семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний)	
2	Проведен опрос на определение факторов риска курения (индекс курения), характера питания, физической активности	
3	Уточнен факт и характер приема гипотензивных препаратов	
4	Уточнены факты приема гиполипидемических, антиагрегантных и гипогликемических препаратов при наличии показаний	
5	Проведен общий осмотр и физикальное обследование, включая пальпацию периферических сосудов и аускультацию подключичных, сонных, почечных и бедренных артерий	
6	Измерены индекс массы тела и окружности талии при каждом посещении	
7	Проведено измерения АД на обеих руках при каждом посещении, указание пульсового давления	
8	Проведен самоконтроль артериального давления с его анализом или суточномониторирование АД	
9	Определена глюкоза крови не реже одного раза в год	
10	При уровне глюкозы крови натощак более 5,6 ммоль/л и/или наличия ожирения проведен стандартный глюкозотolerантный тест и/или гликированный гемоглобин	
11	Определен уровень общего холестерина не реже одного раза в год, достигнуто ли целевое значение	
12	Проведена оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE	
13	Определены уровни холестерина липопротеидов низкой плотности, холестерина липопротеидов высокой плотности, триглицеридов в сыворотке крови при взятии на диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года	
14	Определены уровни калия и натрия сыворотки крови при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года	

15	Определен уровень креатинина сыворотки крови с расчетом СКФ при взятии под диспансерное наблюдение, но не реже 1 раза в 2 года	
16	Выполнен общий анализ мочи (осадок и протеинурия), при отрицательных результатах на протеинурию - анализ мочи на микроальбуминурию при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года	
17	Выполнен общий анализ крови, гемоглобин не реже одного раза в год	
18	Определен уровень мочевой кислоты не реже одного раза в год	
19	Выполнена ЭКГ в 12 отведениях с расчетом индекса Соколова-Лайона не реже 1 раза в год	
20	Выполнена ЭХО-КГ с определением ИММЛЖ и диастолической функции при взятии под диспансерное наблюдение, в последующем по показаниям, но не менее 1 раза в 2 года	
21	Выполнено дуплексное сканирование сонных артерий при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не менее 1 раза в 2 года (у мужчин старше 40 лет - 1 раз в год, у женщин старше 50 лет - 1 раз в год)	
22	Определен лодыжечно-плечевой индекс при взятии под диспансерное наблюдение, в последующем по показаниям	
23	Выполнено УЗИ почек и дуплексное сканирование почечных артерий при наличии обоснованного подозрения на их патологию	
24	У лиц с тяжелой степенью артериальной гипертонии, рефрактерной артериальной гипертонией, высоким сердечно-сосудистым риском осуществлена консультация окулиста при взятии под диспансерное наблюдение и далее по показаниям	
25	Проведена корректировка гипотензивной терапии и терапии сопутствующих заболеваний, использованы комбинированные препараты	
26	При наличии фибрилляции предсердий проведена оценка по шкале CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год	
27	При наличии фибрилляции предсердий по показаниям назначены оральные антикоагулянты при условии отсутствия противопоказаний	
28	Осуществлен лабораторный контроль терапии непрямыми антикоагулянтами при приеме варфарина на стадии подбора дозы определение МНО каждые дня, после достижения целевого диапазона – раз в 5-7 дней, после получения трех подряд результатов МНО в целевом диапазоне не менее 1 раза в месяц.	
29	Проведено объяснение пациенту и/или обеспечение его памяткой по алгоритму неотложных действий при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития	

	которого у пациента наиболее высокая (регистрация пациента в амбулаторной карте)	
30	Осуществлен самоконтроль АД, ЧСС (дневники вклеены в амбулаторную карту)	
31	Направлен в школу «Артериальной гипертонии»	
32	Направлен в кабинет хронической сердечной недостаточности по показаниям	
33	Регулярность динамического наблюдения (для пациентов с высоким и очень высоким риском и лиц с низкой приверженностью к лечению, а также получающих только немедикаментозную терапию 1 раз в 3 месяца, со средним и низким риском — 1 раз в 4-6 месяцев)	

#### 4. Внутренняя проверка индикаторов оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях при хронической ИБС

##### 4.1. Перечень индикаторов оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях при хронической ИБС

1	Собраны жалобы (на наличие, выраженность и характер боли в грудной клетке в покое и при нагрузке, числа принимаемых таблеток нитроглицерина в сутки, одышки, перемежающейся хромоты, эпизодов кратковременной слабости в конечностях или онемения половины лица или конечностей) и анамнез
2	Проведен опрос на определение факторов риска курения (индекс курения), характера питания, физической активности
3	Уточнен факт приема ингибиторов АПФ, блокаторов ангиотензиновых рецепторов, гипотензивных, гиполипидемических, антиагрегантных и гипогликемических препаратов при наличии показаний
4	Проведен общий осмотр и физикальное обследование, включая пальпацию периферических сосудов и аусcultацию подключичных, сонных, почечных и бедренных артерий
5	Измерен индекс массы тела и окружности талии не менее 2 раз в год
6	Проведено измерения АД и ЧСС
7	Определена глюкоза крови не реже одного раза в год
8	При уровне глюкозы крови натощак более 5,6 ммоль/л и/или наличия ожирения проведен стандартный глюкозотolerантный тест и/или глицированный гемоглобин
9	Определены уровни общего холестерина, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, триглицеридов при взятии на диспансерное наблюдение и начале гиполипидемической терапии, далее 1 раз в 6 месяцев в первые 1,5 года,

	затем 1 раз в 1-2 года и по показаниям
10	Определены уровни АЛТ, АСТ, КФК через 1 месяц после начала терапии статинами, затем 1 раз в год
11	Определены уровни калия и натрия сыворотки крови при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года
12	Определен уровень креатинина сыворотки крови с расчетом СКФ при взятии под диспансерное наблюдение и по показаниям
13	Выполнен общий анализ мочи (осадок и протеинурия), при отрицательных результатах на протеинурию анализ мочи на микроальбуминурию при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года
14	Выполнен общий анализ крови, гемоглобин не реже одного раза в год
15	Определены при наличии фибрилляции предсердий уровни ТТГ и гормонов щитовидной железы в крови при взятии под диспансерное наблюдение и далее по показаниям
16	Выполнено ЭКГ в 12 отведениях не реже 1 раза в год
17	Выполнена ЭХО-КГ при взятии под диспансерное наблюдение, ежегодно в первые 2 года, в последующем по показаниям
18	Выполнено дуплексное сканирование сонных артерий при взятии под диспансерное наблюдение, ежегодно в первые 2 года, далее по показаниям, но не менее 1 раза в 2 года (у мужчин старше 40 лет - 1 раз в год, у женщин старше 50 лет - 1 раз в год)
19	Определен лодыжечно-плечевой индекс при взятии под диспансерное наблюдение, в последующем по показаниям
20	Проведены нагрузочные тесты (VELOЭРГОметрия, трендил-тест, стресс-ЭХО-КГ) при промежуточном уровне (15-85%) претестовой вероятности ИБС при взятии под диспансерное наблюдение или при увеличении ФК давностью более 1 месяца в целях стратификации риска
21	Проведено амбулаторноемониторирование ЭКГ при подозрении на сопутствующую пароксизмальную аритмию или вазоспастическую стенокардию
22	Произведен расчет априорной вероятности ИБС и итоговая стратификация риска осложнений при каждом посещении
23	При наличии фибрилляции предсердий проведена оценка по шкале CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год
24	При наличии фибрилляции предсердий по показаниям назначены оральные антикоагулянты при условии отсутствия противопоказаний
25	Осуществлен лабораторный контроль терапии непрямыми

	антикоагулянтами при приеме варфарина на стадии подбора дозы определение МНО каждые дня, после достижения целевого диапазона – раз в 5-7 дней, после получения трех подряд результатов МНО в целевом диапазоне не менее 1 раза в месяц.
26	При подозрении на сердечную недостаточность определены уровни BNP/proBNP крови
27	При наличии хронической сердечной недостаточности выполнен тест с 6-ти минутной ходьбой 1-2 раза в год
28	Выполнена рентгенография органов грудной клетки при подозрении на недостаточность кровообращения
29	Назначены препараты, улучшающие прогноз при ишемической болезни сердца: антиагреганты (ацетилсалициловая кислота, клопидогрель, двойная терапия у пациентов, перенесших ОКС и подвергнутых чрескожным коронарным вмешательствам), статины, блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (особенно при сопутствующей артериальной гипертонии, ХСН, сахарной диабете и хронической болезни почек)
30	Назначены препараты, улучшающие симптомы заболевания в соответствии с функциональном классом и имеющимися противопоказаниями
31	Направлены на эндоваскулярное лечение при наличии показаний
32	Проведена при необходимости корректировка терапии
33	Осуществлена вакцинация против гриппа
34	Осуществлено объяснение пациенту и/или обеспечение его памяткой по алгоритму неотложных действий при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития которого у пациента наиболее высокая (распись пациента в амбулаторной карте)
35	Осуществлен самоконтроль АД, ЧСС (дневники вклеены в амбулаторную карту)
36	Направлен в кабинет хронической сердечной недостаточности по показаниям
37	Регулярность динамического наблюдения не менее 2 раз в год, для IV ФК – 3 раза в год, после операции ТБК/АКШ 2 раза в течение первых 6 месяцев, далее 1-2 раза в год (для пациентов с высоким и очень высоким риском и лиц с низкой приверженностью к лечению, а так же получающих только немедикаментозную терапию 1 раз в 3 месяца, со средним и низким риском — 1 раз в 4-6 месяцев)

**4.2. Чек - лист отчетности деятельности системы внутреннего контроля качества медицинской помощи в амбулаторных условиях при хронической ИБС, составленный после проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок**

Наименование медицинской организации

№ карты амбулаторного больного

Дата проведения экспертизы

№№	Индикатор	Отметка о выполнении
1	Собраны жалобы (на наличие, выраженность и характер боли в грудной клетки в покое и при нагрузке, числа принимаемых таблеток нитроглицерина в сутки, одышки, перемежающейся хромоты, эпизодов кратковременной слабости в конечностях или онемения половины лица или конечностей) и анамнез	
2	Проведен опрос на определение факторов риска курения (индекс курения), характера питания, физической активности	
3	Уточнен факт приема ингибиторов АПФ, блокаторов ангиотензиновых рецепторов, гипотензивных, гиполипидемических, антиагрегантных и гипогликемических препаратов при наличии показаний	
4	Проведен общий осмотр и физикальное обследование, включая пальпацию периферических сосудов и аускультацию подключичных, сонных, почечных и бедренных артерий	
5	Измерен индекс массы тела и окружности талии не менее 2 раз в год	
6	Проведено измерения АД и ЧСС	
7	Определена глюкоза крови не реже одного раза в год	
8	При уровне глюкозы крови натощак более 5,6 ммоль/л и/или наличия ожирения проведен стандартный глюкозотolerантный тест и/или гликированный гемоглобин	
9	Определены уровни общего холестерина, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, триглицеридов при взятии на диспансерное наблюдение и начале гиполипидемической терапии, далее 1 раз в 6 месяцев в первые 1,5 года, затем 1 раз в 1-2 года и по показаниям	
10	Определены уровни АЛТ, АСТ, КФК через 1 месяц после	

	начала терапии статинами, затем 1 раз в год	
11	Определены уровни калия и натрия сыворотки крови при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года	
12	Определен уровень креатинина сыворотки крови с расчетом СКФ при взятии под диспансерное наблюдение и по показаниям	
13	Выполнен общий анализ мочи (осадок и протеинурия), при отрицательных результатах на протеинурию анализ мочи на микроальбуминурию при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года	
14	Выполнен общий анализ крови, гемоглобин не реже одного раза в год	
15	Определены при наличии фибрилляции предсердий уровни ТТГ и гормонов щитовидной железы в крови при взятии под диспансерное наблюдение и далее по показаниям	
16	Выполнено ЭКГ в 12 отведениях не реже 1 раза в год	
17	Выполнена ЭХО-КГ при взятии под диспансерное наблюдение, ежегодно в первые 2 года, в последующем по показаниям	
18	Выполнено дуплексное сканирование сонных артерий при взятии под диспансерное наблюдение, ежегодно в первые 2 года, далее по показаниям, но не менее 1 раза в 2 года (у мужчин старше 40 лет - 1 раз в год, у женщин старше 50 лет - 1 раз в год)	
19	Определен лодыжечно-плечевой индекс при взятии под диспансерное наблюдение, в последующем по показаниям	
20	Проведены нагрузочные тесты (VELOЭРГОметрия, тредмил-тест, стресс-ЭХО-КГ) при промежуточном уровне (15-85%) претестовой вероятности ИБС при взятии под диспансерное наблюдение или при увеличении ФК давностью более 1 месяца в целях стратификации риска	
21	Проведено амбулаторноемониторирование ЭКГ при подозрении на сопутствующую пароксизмальную аритмию или вазоспастическую стенокардию	
22	Произведен расчет априорной вероятности ИБС и	

	итоговая стратификация риска осложнений при каждом посещении	
23	При наличии фибрилляции предсердий проведена оценка по шкале CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год	
24	При наличии фибрилляции предсердий по показаниям назначены оральные антикоагулянты при условии отсутствия противопоказаний	
25	Осуществлен лабораторный контроль терапии непрямыми антикоагулянтами при приеме варфарина на стадии подбора дозы определение МНО каждые дня, после достижения целевого диапазона – раз в 5-7 дней, после получения трех подряд результатов МНО в целевом диапазоне не менее 1 раза в месяц.	
26	При подозрении на сердечную недостаточность определены уровни BNP/proBNP крови	
27	При наличии хронической сердечной недостаточности выполнен тест с 6-ти минутной ходьбой 1-2 раза в год	
28	Выполнена рентгенография органов грудной клетки при подозрении на недостаточность кровообращения	
29	Назначены препараты, улучшающие прогноз при ишемической болезни сердца: антиагреганты (ацетилсалициловая кислота, клопидогрель, двойная терапия у пациентов, перенесших ОКС и подвергнутых чрескожным коронарным вмешательствам), статины, блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (особенно при сопутствующей артериальной гипертонии, ХСН, сахарной диабете и хронической болезни почек)	
30	Назначены препараты, улучшающие симптомы заболевания в соответствии с функциональном классом и имеющимися противопоказаниями	
31	Направлены на эндоваскулярное лечение при наличии показаний	
32	Проведена при необходимости корректировка терапии	
33	Осуществлена вакцинация против гриппа	
34	Осуществлено объяснение пациенту и/или обеспечение его памяткой по алгоритму неотложных действий при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития которого у пациента наиболее высокая (распись	

	пациента в амбулаторной карте)	
35	Осуществлен самоконтроль АД, ЧСС (дневники вклеены в амбулаторную карту)	
36	Направлен в кабинет хронической сердечной недостаточности по показаниям	
37	Регулярность динамического наблюдения не менее 2 раз в год, для IV ФК – 3 раза в год, после операции ТБК/АКШ 2 раза в течение первых 6 месяцев, далее 1-2 раза в год (для пациентов с высоким и очень высоким риском и лиц с низкой приверженностью к лечению, а также получающих только немедикаментозную терапию 1 раз в 3 месяца, со средним и низким риском — 1 раз в 4-6 месяцев)	

**5. Внутренняя проверка индикаторов оказания медицинской помощи в стационарных условиях при геморрагическом инсульте у беременных**

**5.1. Перечень индикаторов оказания медицинской помощи в стационарных условиях при геморрагическом инсульте у беременных**

1.	Выполнен полноценный неврологический осмотр с постановкой топического и клинического диагнозов с применением шкал ком Глазго, шкалы Н-Н
2.	Выполнены консультация врачом-неврологом и врачом акушером-гинекологом
3.	Выполнена КТ головного мозга или МРТ головного мозга
4.	Выполнены электрокардиография в трех стандартных отведениях и шести грудных, УЗИ плода в оценкой маточно-плацентарного кровотока
5.	Выполнена повторная консультация врачом акушером-гинекологом
6.	Выполнена транскраниальная доплерография с вычислением индексов Линденгарда (при наличии медицинских показаний)
7.	Выполнен общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, АЛТ, АСТ, ЛДГ, натрий, калий, хлор) и МНО
8.	Выполнено хирургическое вмешательство в отношении источника кровоизлияния и /или направленное на устранение декомпрессии головного мозга сгустками крови (при наличии медицинских показаний)
9.	Проведен мониторинг уровня сознания, неврологического статуса

	не менее 3 раз в сутки
10.	Выполнено не менее одного контрольного послеоперационного исследования КТ/МРТ головного мозга за госпитализацию при условии транспортабельности пациентки
11.	Выполнена оценка St. localis, достигнуто заживление ран, сняты швы.

**5.2 Чек-лист отчетности деятельности системы внутреннего контроля качества медицинской помощи в стационарных условиях при геморрагическом инсульте у беременных, составленный после проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок**

Наименование медицинской организации

№ карты стационарного больного

Дата проведения экспертизы

№№	Индикатор	Отметка о выполнении
1	Выполнен полноценный неврологический осмотр с постановкой топического и клинического диагнозов с применением шкал ком Глазго, шкалы Н-Н	
2	Выполнены консультация врачом-неврологом и врачом акушером-гинекологом	
3	Выполнена КТ головного мозга или МРТ головного мозга	
4	Выполнены электрокардиография в трех стандартных отведениях и шести грудных, УЗИ плода в оценкой маточно-плацентарного кровотока	
5	Выполнена повторная консультация врачом акушером-гинекологом	
6	Выполнена транскраниальная доплерография с вычислением индексов Линденгарда (при наличии медицинских показаний)	
7	Выполнен общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, АЛТ, АСТ, ЛДГ, натрий, калий, хлор) и МНО	
8	Выполнено хирургическое вмешательство в отношении источника кровоизлияния и /или направленное на устранение декомпрессии головного	

	направленное на устранение декомпрессии головного мозга сгустками крови (при наличии медицинских показаний)	
9	Проведен мониторинг уровня сознания, неврологического статуса не менее 3 раз в сутки	
10	Выполнено не менее одного контрольного послеоперационного исследования КТ/МРТ головного мозга за госпитализацию при условии транспортабельности пациентки	
11	Выполнена оценка St. localis, достигнуто заживление ран, сняты швы.	

6. Внутренняя проверка индикаторов оказания медицинской помощи в стационарных условиях при злокачественном инфаркте мозжечка

6.1 Перечень индикаторов оказания медицинской помощи в стационарных условиях при злокачественном инфаркте мозжечка

1.	Осмотр врача-невролога не позднее 10 минут от поступления в стационар
2.	Выполнение КТ головного мозга или МРТ с описанием не позднее 40 минут от момента поступления в стационар
3.	Определение уровня глюкозы в периферической крови не позднее 10 минут от момента поступления в стационар
4.	Определение уровня тромбоцитов в периферической крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар
5.	Определение уровня МНО в периферической крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар
6.	Консультация врача-нейрохирурга при подозрении на злокачественный инфаркт мозжечка
7.	Начато лечение в БИТР или реанимации не позднее 60 минут от поступления в стационар
8.	Выполнено стандартизированное скрининговое исследование функции глотания не позднее 3 часов от момента поступления в стационар
9.	Оценка степени нарушения сознания и комы по Шкале комы Глазго и неврологического статуса по шкале инсульта NIHSS не позднее 3 часов от момента поступления в стационар
10.	Мониторирование жизненно важных функций ( артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода крови, диуреза),
11.	Индивидуальная нутритивная поддержка не позднее 24 часов от момента поступления в стационар с последующей ежедневной

12.	Определение патогенетического варианта ишемического инсульта по TOAST
13.	Профилактика повторных сосудистых событий лекарственными препаратами группы антиагреганты при некардиоэмболическом подтипе инсульта или лекарственными препаратами группы антикоагулянты при кардиоэмболическом подтипе инсульта ( при отсутствии медицинских противопоказаний)
14.	Начало медицинской реабилитации не позднее 48 часов от момента поступления в стационар;
15.	Применение Шкалы РЭНКИН в первые 24 часа от момента поступления в стационар.
16.	Уменьшение шкалы РЭНКИН не менее чем на 1 балл за время пребывания в стационаре
17.	Выполнение хирургического вмешательства в соответствии с клиническими рекомендациями (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)
18.	Отсутствие нагноения послеоперационной раны
19.	Отсутствие пролежней в период госпитализации
20.	Отсутствие тромбоэмбологических осложнений в период госпитализации
21.	Направление на 2 этап реабилитации (при наличии показаний)

6.2. Чек-лист отчетности о деятельности системы внутреннего контроля качества медицинской помощи в стационарных условиях при злокачественном инфаркте мозжечка, составленный после проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок

Наименование медицинской организации

№ карты стационарного больного

Дата проведения экспертизы

№№	Индикатор	Отметка о выполнении
1.	Осмотр врача-невролога не позднее 10 минут от поступления в стационар	
2.	Выполнение КТ головного мозга или МРТ с описанием не позднее 40 минут от момента поступления в стационар	
3.	Определение уровня глюкозы в периферической крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	
4.	Определение уровня тромбоцитов в периферической крови не позднее 20 минут от	

	момента поступления в стационар	
5.	Определение уровня МНО в периферической крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	
6.	Консультация врача-нейрохирурга при подозрении на злокачественный инфаркт мозжечка	
7.	Начато лечение в БИТР или реанимации не позднее 60 минут от поступления в стационар	
8.	Выполнено стандартизированное скрининговое исследование функции глотания не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	
9.	Оценка степени нарушения сознания и комы по Шкале комы Глазго и неврологического статуса по шкале инсульта NIHSS не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	
10.	Мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода крови, диуреза),	
11.	Индивидуальная нутритивная поддержка не позднее 24 часов от момента поступления в стационар с последующей ежедневной коррекцией	
12.	Определение патогенетического варианта ишемического инсульта по TOAST	
13.	Профилактика повторных сосудистых событий лекарственными препаратами группы антиагреганты при некардиоэмболическом подтипе инсульта или лекарственными препаратами группы антикоагулянты при кардиоэмболическом подтипе инсульта (при отсутствии медицинских противопоказаний)	
14.	Начало медицинской реабилитации не позднее 48 часов от момента поступления в стационар;	
15.	Применение Шкалы РЭНКИН в первые 24 часа от момента поступления в стационар.	
16.	Уменьшение шкалы РЭНКИН не менее чем на 1 балл за время пребывания в стационаре	
17.	Выполнение хирургического вмешательства в соответствии с клиническими рекомендациями (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	
18.	Отсутствие нагноения послеоперационной раны	
19.	Отсутствие пролежней в период госпитализации	

20.	Отсутствие тромбоэмбологических осложнений в период госпитализации	
21.	Направление на 2 этап реабилитации (при наличии показаний)	

**7. Внутренняя проверка индикаторов оказания медицинской помощи в стационарных условиях при злокачественном инфаркте в средней мозговой артерии**

**7.1. Перечень индикаторов оказания медицинской помощи в стационарных условиях при злокачественном инфаркте мозжечка**

1.	Осмотр врача-невролога не позднее 10 минут от поступления в стационар
2.	Выполнение КТ головного мозга или МРТ с описанием не позднее 40 минут от момента поступления в стационар, 12 часов, 24 часа , 48 часов (для выявления развития отека и дислокации головного мозга)
3.	Определение уровня глюкозы в периферической крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар
4.	Определение уровня тромбоцитов в периферической крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар
5.	Определение уровня МНО в периферической крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар
6.	Консультация врача-нейрохирурга при подозрении на злокачественный инфаркт мозжечка
7.	Выполнены клинические анализы крови и мочи, исследование коагулограммы
8.	Начато лечение в БИТР или реанимации не позднее 60 минут от поступления в стационар
9.	Выполнено стандартизированное скрининговое исследование функции глотания не позднее 3 часов от момента поступления в стационар
10.	Оценка степени нарушения сознания и комы по Шкале комы Глазго и неврологического статуса по шкале инсульта NIHSS не позднее 3 часов от момента поступления в стационар
11.	Мониторирование жизненно важных функций ( артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода крови, диуреза),
12.	Индивидуальная нутритивная поддержка не позднее 24 часов от момента поступления в стационар с последующей ежедневной коррекцией
13.	Определение патогенетического варианта ишемического инсульта по TOAST
14.	Выполнение ультразвукового дуплексного сканирования магистральных

	артерий головы
15.	Профилактика повторных сосудистых событий лекарственными препаратами группы антиагреганты при некардиоэмболическом подтипе инсульта или лекарственными препаратами группы антикоагулянты при кардиоэмболическом подтипе инсульта (при отсутствии медицинских противопоказаний)
16.	Начало медицинской реабилитации не позднее 48 часов от момента поступления в стационар;
17.	Применение Шкалы РЭНКИН в первые 24 часа от момента поступления в стационар.
18.	Уменьшение шкалы РЭНКИН не менее чем на 1 балл за время пребывания в стационаре
19.	Выполнение хирургического вмешательства в соответствии с клиническими рекомендациями (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)
20.	Отсутствие нагноения послеоперационной раны
21.	Отсутствие пролежней в период госпитализации
22.	Отсутствие тромбоэмбологических осложнений в период госпитализации
23.	Направление на 2 этап реабилитации (при наличии показаний)

7.2. Чек - лист отчетности о деятельности системы внутреннего контроля качества медицинской помощи в стационарных условиях при злокачественном инфаркте мозжечка, составленный после проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок

Наименование медицинской организации

№ карты стационарного больного

Дата проведения экспертизы

№№	Индикатор	Отметка о выполнении
1	Осмотр врача-невролога не позднее 10 минут от поступления в стационар	
2	Выполнение КТ головного мозга или МРТ с описанием не позднее 40 минут от момента поступления в стационар, 12 часов, 24 часа , 48 часов (для выявления развития отека и дислокации головного мозга)	
3	Определение уровня глюкозы в периферической крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	

4	Определение уровня тромбоцитов в периферической крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	
5	Определение уровня МНО в периферической крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	
6	Консультация врача-нейрохирурга при подозрении на злокачественный инфаркт мозжечка	
7	Выполнены клинические анализы крови и мочи, исследование коагулограммы	
8	Начато лечение в БИТР или реанимации не позднее 60 минут от поступления в стационар	
9	Выполнено стандартизированное скрининговое исследование функции глотания не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	
10	Оценка степени нарушения сознания и комы по Шкале комы Глазго и неврологического статуса по шкале инсульта NIHSS не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	
11	Мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода крови, диуреза),	
12	Индивидуальная нутритивная поддержка не позднее 24 часов от момента поступления в стационар с последующей ежедневной коррекцией	
13	Определение патогенетического варианта ишемического инсульта по TOAST	
14	Выполнение ультразвукового дуплексного сканирования магистральных артерий головы	
15	Профилактика повторных сосудистых событий лекарственными препаратами группы антиагреганты при некардиоэмболическом подтипе инсульта или лекарственными препаратами группы антикоагулянты при кардиоэмболическом подтипе инсульта (при отсутствии медицинских противопоказаний)	
16	Начало медицинской реабилитации не позднее 48 часов от момента поступления в стационар;	
17	Применение Шкалы РЭНКИН в первые 24 часа от момента поступления в стационар.	
18	Уменьшение шкалы РЭНКИН не менее чем на 1 балл за время пребывания в стационаре	

19	Выполнение хирургического вмешательства в соответствии с клиническими рекомендациями (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	
20	Отсутствие нагноения послеоперационной раны	
21	Отсутствие пролежней в период госпитализации	
22	Отсутствие тромбоэмбологических осложнений в период госпитализации	
23	Направление на 2 этап реабилитации (при наличии показаний)	

\* Индикаторы качества медицинской помощи (далее - КМП) фиксируются в карте контроля качества как «1» в случае отсутствия замечаний, «0» – в случае невыполнения индикатора и «-» – в случае, когда выполнения индикатора не требовалось в силу какой-то причины. Оценка КМП проводится по шкале от «1,0» (надлежащее качество) до «0» (дефект КМП по всем 4 разделам: сбор информации о пациенте, диагноз, лечение, преемственность).

#### 8. Отчет о деятельности системы внутреннего контроля качества медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями по данным медицинской документации

Наименование медицинского учреждения

Дата проведения экспертизы

Период, за который осуществляется экспертиза

Количество случаев, подвергнутых экспертизе

% от всех случаев с данной нозологией, по которым оказана помощь за анализируемый период

Эксперт

	Индикатор	Количество выявленных дефектов	% от количества проведенных экспертиз( в случаях по показаниях)	Показатель качества (в баллах)
1				
2				

\*Комментарии к таблице представляются в сопровождающей аналитической справке