Проверочный лист достижения целевого значения критерия

«Количество пересечений потоков при проведении диспансеризации, профилактических осмотров с иными потоками пациентов в поликлинике»

(для медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь детскому населению)

Наименование структурного подразделения МО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Перечень мероприятий оцениваемого процесса | Наименование кабинета и его номер | Организация устранения пересечения потоков пациентов | | Наличие  пересечений  потоков  (да/нет) |
| в пространстве (да/нет) | во времени (да/нет) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Обращение в регистратуру |  |  |  |  |
| Осмотр врача-педиатра |  |  |  |  |
| Осмотр врача - детского хирурга |  |  |  |  |
| Осмотр врача-стоматолога детского |  |  |  |  |
| Осмотр врача-невролога |  |  |  |  |
| Осмотр врача - детского уролога-андролога |  |  |  |  |
| Осмотр врача-акушера-гинеколога |  |  |  |  |
| Осмотр врача-травматолога-ортопеда |  |  |  |  |
| Осмотр врача-офтальмолога |  |  |  |  |
| Осмотр врача-оториноларинголога |  |  |  |  |
| Взятие крови для общего анализа |  |  |  |  |
| Исследование уровня глюкозы в крови |  |  |  |  |
| Эхокардиография |  |  |  |  |
| Электрокардиография |  |  |  |  |
| Ультразвуковое исследование почек |  |  |  |  |
| Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов |  |  |  |  |
| Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы, органов репродуктивной сферы |  |  |  |  |
| Нейросонография |  |  |  |  |
| Флюорография |  |  |  |  |
| Общее количество пересечений: | | | |  |
| Достижение целевого значения (да/нет): | | | |  |

ФИО, должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проводившего оценку Подпись

ФИО, должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

представителя МО Подпись