

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 9

ГОРОД УФА

Бойорок

Приказ

«25» март 2020 й.

№ 112-ОД

«25» марта 2020 г.

**Об утверждении критериев
качества медицинской помощи**

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 N 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи", приказом Министерства здравоохранения РФ от 7 июня 2019 г. № 381н "Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности"

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить критерии качества основных стоматологических заболеваний (Приложение 1)
2. Установить объем экспертизы качества медицинской помощи:
 - заведующим отделениями -10% медицинских карт стоматологического пациента (ф.043у) от числа закончивших лечение пациентов в месяц;
 - заместителю главного врача по медицинской части - 30 медицинских карт стоматологического пациента (ф.043у) в квартал;Результаты регистрировать в Журнале № 035/у-02, в карте внутреннего контроля качества.
3. Секретарю руководителя ознакомить ответственных лиц с данным приказом под подпись.
4. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Давыдову С.В.

Главный врач



А.Ю. Байкова

Приложение 1
к приказу №112 от «25» марта 2020

Критерии качества медицинской помощи при основных стоматологических заболеваниях

Критерии оценки качества при кариес

Ф.И.О врача _____

Ф.И.О пациента _____

№ амбулаторной карты _____

Диагноз _____

№№	Критерий	Да/нет
1	Сбор анамнеза, жалоб	
2	Внешний осмотр и пальпация ЧЛЮ	
3	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	
4	Термодиагностика зуба	
5	Электроодонтометрия	
6	Витальное окрашивание твёрдых тканей зубов	
7	Определение индексов гигиены полости рта (КПУ)	
8	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	
9	Восстановление зуба пломбой	
10	Наличие эпикриза	
11	итого	

Критерии оценки качества при пульпите

Ф.И.О врача _____

Ф.И.О пациента _____

№ амбулаторной карты _____

Диагноз _____

№№	Критерий	Да/нет
1	Внешний осмотр и пальпация ЧЛЮ	
2	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	
3	Термодиагностика зуба	
4	Перкуссия зуба	
5	Экстирпация пульпы	
6	Медикаментозная и инструментальная обработка корневого канала	
7	Пломбирование канала	
8	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография (после лечения)	
9	Восстановление зуба пломбой	
10	Эпикриз	
11	итого	

Критерии оценки качества при периодонтите

Ф.И.О врача _____

Ф.И.О пациента _____

№ амбулаторной карты _____

Диагноз _____

№№	Критерий	Да/нет
1	Внешний осмотр и пальпация ЧЛЮ	
2	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	
3	Перкуссия зуба	
4	Термодиагностика зуба	
5	Прицельная внутриротовая контрастная рентгенография до	
6	Удаление распада	
7	Медикаментозная и инструментальная обработка корневого канала	

8	Пломбирование корневого канала	
9	Прицельная внутриротовая контрастная рентгенография после лечения)	
10	Восстановления зуба пломбой (или с использованием анкерных штифтов)	
11	итого	

Критерии оценки качества при патологии пародонта

Ф.И.О врача _____

Ф.И.О пациента _____

№ амбулаторной карты _____

Диагноз _____

№№	Критерий	Да/нет
1	Осмотр, сбор анамнеза	
2	Пародонтоописание (ПК, оголение, степень подвижности, зубные отложения), определение ПИ, ИГ.	
3	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов	
4	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	
5	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации, описание и интерпретация рентгенографических изображений	
6	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	
7	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	
8	Закрытый кюретаж при болезнях пародонта	
9	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	
10	Курс лечения пародонта (4-6 посещений)	
11	итого	

Критерии оценки качества при хирургической патологии

Ф.И.О врача _____

Ф.И.О пациента _____

№ амбулаторной карты _____

Диагноз _____

№№	Критерий	Да/нет
1	Осмотр, сбор анамнеза	
2	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	
3	Пальпация челюстно-лицевой области, органов полости рта	
4	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов	
5	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации, описание и интерпретация рентгенографических изображений	
6	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область, в том числе анестезия	
7	Хирургическое лечение (операция удаления зуба)	
8	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	
9	Повторный прием	
10	Эпикриз	
11	итого	

Критерии оценки качества при ортопедической патологии

Ф.И.О врача _____

Ф.И.О пациента _____

№ амбулаторной карты _____

Диагноз _____

№№	Критерий	Да/нет
1	Осмотр, сбор анамнеза	

2	Пальпация челюстно-лицевой области, органов полости рта	
3	Определение степени открывания рта	
4	Определение прикуса	
5	Определение степени патологической подвижности зубов	
6	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации, описание и интерпретация рентгенографических изображений	
7	Восстановление зуба коронкой	
8	Восстановление целостности зубного ряда несъемными мостовидными протезами	
9	Протезирование частично съемными пластиночными и полными съемными пластиночными протезами	
10	Эпикриз	
11	итого	