

Приложение 1 Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при ретинобластоме (код по МКБ-10: С69.2) (табл.1.)

Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при ретинобластоме (код по МКБ-10: С69.2)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом - детским онкологом и врачом-офтальмологом (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнена консультация врачом-генетиком (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнено офтальмологическое обследование с медикаментозным мидриазом и применением ретинальной камеры (при установлении диагноза)	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование орбит и глаз (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография орбит и головного мозга с контрастированием (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства и шейных лимфатических узлов (при установлении диагноза)	Да/Нет
8.	Выполнена радиоизотопная диагностика костей при экстраокулярной форме (при установлении диагноза)	Да/Нет
9.	Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография зон скелета, накапливающих радиофармпрепарат по данным радиоизотопного исследования костей скелета (при установлении диагноза)	Да/Нет
10.	Выполнено морфологическое исследование пунктатов костного мозга из трех точек при экстраокулярной форме (при установлении диагноза)	Да/Нет
11.	Выполнено цитологическое исследование спинномозговой жидкости при экстраокулярной форме (при установлении диагноза)	Да/Нет
12.	Выполнено морфологическое исследование удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
13.	Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого курса полихимиотерапии)	Да/Нет
14.	Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки	Да/Нет
15.	Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от момента установки центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену	Да/Нет
16.	Проведен следующий курс полихимиотерапии не позднее 21 - 28 дней от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17.	Выполнено введение химиотерапевтических лекарственных препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 3 л/м ² /сутки (при внутривенной полихимиотерапии)	Да/Нет

18.	Выполнен осмотр врачом - детским онкологом и врачом-офтальмологом перед началом каждого курса полихимиотерапии или селективной интраартериальной химиотерапии или интравитреальной химиотерапии	Да/Нет
19.	Выполнен осмотр врачом - детским онкологом и врачом-офтальмологом перед выполнением транспупиллярной термотерапии или криодеструкции или брахитерапии	Да/Нет
20.	Выполнен осмотр врачом - детским онкологом и врачом-радиологом перед началом каждого курса лучевой терапии и после завершения каждого курса лучевой терапии	Да/Нет
21.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом перед началом каждого курса лучевой терапии и после завершения каждого курса лучевой терапии	Да/Нет
22.	Выполнен следующий курс полихимиотерапии или селективной интраартериальной химиотерапии или интравитреальной химиотерапии не ранее 21 дня и не позднее 28 дня от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
23.	Выполнено повторное ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства и шейных лимфатических узлов не реже 1 раза в 2 месяца	Да/Нет
24.	Выполнено повторное ультразвуковое исследование глаз и орбит перед началом каждого курса полихимиотерапии или лучевой терапии	Да/Нет
25.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы перед началом каждого курса лучевой терапии или химиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии	Да/Нет
26.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, натрий, калий, хлор) перед началом каждого курса лучевой терапии или полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии	Да/Нет
27.	Выполнен анализ мочи общий перед началом каждого курса лучевой терапии или полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю (при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии)	Да/Нет
28.	Выполнено назначение антибактериальных лекарственных препаратов (при фебрильной нейтропении)	Да/Нет
29.	Отсутствие гнойно-септических осложнений	Да/Нет