Приложение

Чек-лист выезда врача-специалиста (научного сотрудника)

ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии»

в организации здравоохранения

Республики Беларусь

Дата выезда с\_\_\_\_\_по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Наименование организации здравоохранения, в которую выезжает врач-специалист ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность врача-специалиста\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Цель выезда (нужное подчеркнуть): консультация пациентов пульмонологического/фтизиатрического/хирургического профиля; мониторинг деятельности фтизиатрической/пульмонологической службы, оценка (экспертиза) качества оказания медицинской помощи\*, организационно-методическая работа, оценка лекарственного обеспечения фтизиатрической службы\*\*, мониторинговый визит в рамках реализации международной технической помощи\*\*\*,

другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Результаты выезда

1. Оценка ситуации по службе:

|  |  |
| --- | --- |
| Фтизиатрическая | Пульмонологическая |
| Заболеваемость:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Смертность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Эффективность лечения ЛЧ-ТБ и РУ-ТБ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Количество контингентов  (из них дети)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Количество госпитализированных пневмоний, из них тяж.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Количество свободного коечного фонда\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Спирометрия\_\_\_\_да\нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бронхоскопия \_\_\_\_да\нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_  КТ ОГК \_\_\_\_да\нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. Кадровая ситуация по профилю:

Укомплектованность:

по физическим лицам\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

занятым должностям\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

коэффициент совместительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Квалификационные категории врачей-специалистов:

2-я категория \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1-я категория \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Высшая категория\_\_\_\_\_\_\_

1. Консультативная работа

Количество проконсультированных пациентов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(список прилагается)

Количество консилиумов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Образовательные мероприятия (лекции, семинары, беседы, мастер-классы и др.):

Тема:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Количество присутствующих\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(список присутствующих с подписью участников прилагается)

1. Организационно-методическая работа:

наличие ЛПА по профилю оказания медицинской помощи (выезда)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

работа с регистром ТБ

заполнение учетно-отчетных форм\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проверено мед.документации (единиц)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Предложения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Иные отметки:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись специалиста\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись заведующего/

заместителя руководителя/

руководителя

организации здравоохранения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* заполняется чек-лист, утвержденный постановлением Минздрава от 21 мая 2021г. № 55 в актуальной редакции

\*\* заполняется отчет установленной формы за подписью главного врача организации здравоохранения

\*\*\* заполняется отчет и чек-лист установленной формы за подписью главного врача организации здравоохранения

Список проконсультированных пациентов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | № Стационарной/  амбулаторной карты | ФИО пациента | Диагноз |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |