

	глюкокортикостероиды (периартикулярно и/или внутрисуставно) и/или группы аминосалициловой кислоты и аналогичными лекарственными препаратами и/или группы иммунодепрессанты (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
--	---	--

3.13.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезни Бехчета (код по МКБ-10: M35.2)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-ревматологом	Да/Нет
2.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, щелочная фосфатаза, глюкоза, мочевая кислота, холестерин)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
6.	Выполнена оценка общего состояния здоровья по визуальной аналоговой шкале	Да/Нет
7.	Выполнена оценка активности болезни с использованием индекса BDCAF	Да/Нет
8.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы системные глюкокортикостероиды (парентерально и/или перорально) и/или группы ингибиторы кальциневрина и/или группы иммунодепрессанты и/или алкилирующими лекарственными препаратами и/или группы моноклональные антитела (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.14. Критерии качества при болезнях мочеполовой системы

3.14.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при почечной колике (коды по МКБ - 10: N23)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-урологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей и обзорная урография (рентгенография мочевыделительной системы) и/или внутривенная урография и/или компьютерная томография почек и мочевыводящих путей с контрастированием не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено введение лекарственных препаратов группы нестероидные противовоспалительные средства или лекарственных	Да/Нет

	препаратов группы наркотические анальгетики не позднее 1 часа от момента установления диагноза (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
4.	Выполнено дренирование верхних мочевыводящих путей (при отсутствии эффекта от медикаментозной терапии в течение 6 часов)	Да/Нет
5.	Выполнена контрольная обзорная урография (рентгенография мочевыделительной системы) (при проведении дренирования верхних мочевыводящих путей)	Да/Нет
6.	Отсутствие острого обструктивного пиелонефрита в период госпитализации	Да/Нет

3.14.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при остром почечном повреждении (коды по МКБ - 10: N17.0 - N17.2; N 17.8 - N17.9)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-нефрологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при наличии диуреза)	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня креатинина, мочевины, калия, натрия в крови, исследование концентрации водородных ионов (рН) крови, исследование уровня лактата в крови) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
5.	Выполнен биохимический анализ мочи с определением осмолярности, осмотического концентрационного индекса (отношения осмолярности мочи к осмолярности плазмы крови), концентрационного индекса креатинина (отношения креатинина мочи к креатинину плазмы крови), относительной плотности мочи, концентрации в моче натрия, фракционной экскреции натрия	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнено определение нейтрофильного желатиназо-ассоциированного липокалина в крови и моче	Да/Нет
8.	Выполнена ультразвуковая доплерография сосудов почек не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
9.	Выполнена биоимпедансметрия и/или измерение центрального венозного давления и/или прицельная рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
10.	Выполнена консультация врача-уролога (врача-детского уролога-андролога) не позднее 1 часа от момента установления диагноза (при	Да/Нет

	постренальной форме острого почечного повреждения)	
11.	Выполнено определение объема мочи в течение 12 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
12.	Выполнена оценка темпа диуреза за 6 часов	Да/Нет
13.	Достигнуто восстановление пассажа мочи не позднее 12 часов от момента поступления в стационар (при постренальной форме острого почечного повреждения)	Да/Нет
14.	Выполнено контрольное исследование уровня креатинина в крови не позднее 24 часов от первого исследования	Да/Нет
15.	Выполнена интермитирующая или продолженная или продленная терапия методами диализа (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
16.	Достигнута доза Kt/V 3,9 в неделю (при интермитирующей или продолженной терапии методами диализа)	Да/Нет
17.	Достигнут объем энфлюэнта не менее 20 мл/кг/час за процедуру (при продленной терапии методами диализа)	Да/Нет

3.14.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при мочекаменной болезни (коды по МКБ - 10: N20 - N22)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врача-детского уролога-андролога не позднее 1 часа от момента поступления	Да/Нет
2.	Выполнен анализ мочи общий не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня экскреции солей в моче не позднее 72 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнено бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при наличии лейкоцитурии и/или гематурии)	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевая кислота, ионизированный кальций, натрий, калий, магний)	Да/Нет
6.	Выполнено исследование уровня паратиреоидного гормона в крови (при выявлении гиперкальциемии)	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
8.	Выполнена обзорная урография (рентгенография мочевыделительной системы) и/или внутривенная урография и/или компьютерная томография почек и мочевыводящих путей с контрастированием	Да/Нет

3.14.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при рецидивирующей и устойчивой гематурии (коды по МКБ - 10: N02)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врача-нефролога	Да/Нет
2.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
3.	Выполнено микроскопическое исследование осадка мочи (исследование морфологии эритроцитов в моче с определением процента дисморфных форм)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня экскреции солей в моче	Да/Нет
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевины, мочевиная кислота, общий белок)	Да/Нет
7.	Выполнено определение антистрептолизина-О в сыворотке крови (при доле дисморфных эритроцитов более 50% в моче)	Да/Нет
8.	Выполнено определение уровня С3-компонента комплемента (при доле дисморфных эритроцитов более 50% в моче)	Да/Нет
9.	Выполнено определение международного нормализованного отношения (при доле дисморфных эритроцитов более 50% в моче)	Да/Нет
10.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей и/или обзорная урография (рентгенография мочевыделительной системы) и/или компьютерная томография почек и мочевыводящих путей с контрастированием	Да/Нет

3.14.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при инфекции мочевыводящих путей (коды по МКБ - 10: N10 - N11; N30; N39.0)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ мочи общий не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевины)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови (при повышении температуры тела выше 38,0 °С)	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
6.	Выполнено бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим	Да/Нет

	лекарственными препаратами	
7.	Выполнена терапия антибактериальными лекарственными препаратами не позднее 3 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
8.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый повторно не позднее 120 часов от момента начала терапии антибактериальными лекарственными препаратами (при пиелонефрите)	Да/Нет
9.	Выполнен анализ мочи общий повторно не позднее 120 часов от момента начала терапии антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет
10.	Выполнено контрольное ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей (при пиелонефрите)	Да/Нет
11.	Достигнута нормализация уровня лейкоцитов в моче на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.14.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при туболоинтерстициальном нефрите (коды по МКБ-10: N10; N11)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен анализ мочи общий не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
4.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, глюкоза)	Да/Нет
6.	Начата терапия антибактериальными лекарственными препаратами не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый повторно не позднее 120 часов от момента начала терапии антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет
8.	Выполнен анализ мочи общий повторно не позднее 120 часов от момента начала терапии антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет
9.	Достигнута нормализация уровня лейкоцитов в моче на момент выписки из стационара	Да/Нет
10.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.14.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при мочекаменной болезни (коды по МКБ-10: N20 - N22)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевая кислота, креатинин, мочевины)	Да/Нет
4.	Выполнено бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при лейкоцитурии)	Да/Нет
5.	Выполнена обзорная урография (рентгенография мочевого пузыря и мочевыводящих путей) и/или внутривенная урография и/или компьютерная томография почек и мочевыводящих путей с контрастированием	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое вмешательство, направленное на восстановление пассажа мочи и/или удаление камня (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет
7.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
9.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
10.	Отсутствие повторных вмешательств за время госпитализации	Да/Нет

3.14.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при неуточненной гематурии (код по МКБ-10: R31)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей и/или компьютерная томография почек и мочевыводящих путей с контрастированием не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен анализ мочи общий с определением гемоглобина не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Отсутствие тампонады мочевого пузыря в период госпитализации	Да/Нет

3.14.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при гидронефрозе (коды по МКБ-10: N13.0; N13.1)

№ п/п	Критерии качества	Оценка

		выполнения
1.	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
2.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленных тканей	Да/Нет
3.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
4.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.14.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при недержании мочи у женщин (код по МКБ-10: N39.4)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование мочевыводящих путей с измерением остаточного объема мочи	Да/Нет
2.	Выполнены урофлоуметрия и/или цистометрия наполнения и опорожнения и/или цистоскопия	Да/Нет
3.	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
5.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.14.11. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (код по МКБ-10: N40)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование мочевыводящих путей и ультразвуковое исследование предстательной железы трансректальное	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня общего простатоспецифического антигена в крови	Да/Нет
3.	Выполнена урофлоуметрия	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленных тканей	Да/Нет
6.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
7.	Отсутствие острой задержки мочи	Да/Нет

8.	Отсутствие тромбоземболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
----	---	--------

3.14.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гидроцеле и сперматоцеле (код по МКБ-10: N43)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки	Да/Нет
2.	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленного органа (ткани)	Да/Нет
4.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации	Да/Нет
5.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.14.13. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при неопущении яичка (код по МКБ-10: Q53)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование органов малого таза и ультразвуковое исследование органов мошонки и/или лапароскопия	Да/Нет
2.	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.14.14. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при перекручивании яичка (код по МКБ-10: N44)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-детским-хирургом и/или врачом-детским урологом-андрологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 2 часов от	Да/Нет

	момента установления диагноза	
5.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленного органа (ткани)	Да/Нет
6.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации	Да/Нет
7.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.14.15. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при избыточной крайней плоти, фимозе, парафимозе и баланопостите (коды по МКБ-10: N47; N48.1)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-хирургом (врачом-детским хирургом) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено консервативное лечение антибактериальными и/или анальгетическими лекарственными препаратами или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
3.	Выполнено устранение ущемления головки полового члена не позднее 1 часа от момента установления диагноза (при парафимозе)	Да/Нет
4.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации	Да/Нет
5.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.14.16. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при орхите и эпидидимите (код по МКБ-10: N45)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-хирургом (врачом-детским хирургом) и/или врачом-урологом-андрологом (врачом-детским урологом-андрологом) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами и/или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленного органа (ткани)	Да/Нет
6.	Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации	Да/Нет
7.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

3.14.17. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при болезнях почечного трансплантата (коды по МКБ-10: Z94.0; T86.1; N16.5*)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-нефрологом	
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевины, мочевая кислота, общий белок, альбумин, холестерин, липопротеины высокой плотности, липопротеины низкой плотности, триглицериды, калий, натрий)	Да/Нет
5.	Выполнено определение белка в суточной моче	Да/Нет
6.	Выполнено определение концентрации иммунодепрессантов в крови	Да/Нет
7.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей	Да/Нет
9.	Выполнено дуплексное сканирование артерий почек	Да/Нет
10.	Выполнена биопсия трансплантата почки (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнена микроскопия препарата тканей трансплантата почки и/или иммуноморфологическое исследование тканей трансплантата почки и/или цитологическое исследование препарата тканей трансплантата почки и/или гистологическое исследование препарата тканей трансплантата почки и/или гистохимическое исследование препарата тканей трансплантата почки (при биопсии почки)	Да/Нет
12.	Проведена терапия лекарственными препаратами: ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или группы системные глюкокортикостероиды и/или иммунодепрессантами (при отторжении трансплантата почки, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при пиелонефрите трансплантата почки и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.14.18. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при нефротическом и нефритическом синдромах (коды по МКБ-10: N00; N01; N03; N04; N05)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-нефрологом	Да/Нет

2.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнено определение водного баланса	Да/Нет
5.	Выполнено определение белка в суточной моче	Да/Нет
6.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевины, мочевая кислота, общий белок, альбумин, холестерин, липопротеины высокой плотности, липопротеины низкой плотности, триглицериды, калий, натрий)	Да/Нет
7.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации	Да/Нет
8.	Выполнена биопсия почки (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнена микроскопия препарата тканей почки и/или иммуноморфологическое исследование тканей почки и/или цитологическое исследование препарата тканей почки и/или гистологическое исследование препарата тканей почки и/или гистохимическое исследование препарата тканей почки (при биопсии почки)	Да/Нет
10.	Проведена терапия лекарственными препаратами: группы системные глюкокортикостероиды и/или иммунодепрессантами и/или ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или алкилирующими и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.14.19. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при хронической почечной недостаточности (код по МКБ-10: N18)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-нефрологом (при стадии 3, 4, 5)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ мочи общий (при отсутствии анурии)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевины, мочевая кислота, общий белок, альбумин, глюкоза, холестерин, липопротеины высокой плотности, липопротеины низкой плотности, триглицериды, калий, натрий)	Да/Нет
5.	Выполнено определение белка в суточной моче	Да/Нет
6.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование почек	Да/Нет
8.	Выполнена эхокардиография (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет

9.	Выполнена электрокардиография (при стадиях 3, 4, 5)	Да/Нет
10.	Выполнено исследование уровня паратиреоидного гормона в крови (при стадиях 4, 5) (при отсутствии проведения в последние 3 месяца)	Да/Нет
11.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (ферритин, насыщение трансферрина железом, щелочная фосфатаза, кальция, фосфора, бикарбонат) (при стадиях 3, 4, 5)	Да/Нет
12.	Выполнено исследование уровня 25-ОН витамина D в крови (при стадиях 3, 4, 5 и при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
13.	Выполнена рентгенография брюшного отдела аорты (при стадиях 3, 4, 5 и при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
14.	Проведена терапия лекарственными препаратами: ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или блокаторами кальциевых каналов и/или бета-адреноблокаторами и/или диуретиками (при повышенном артериальном давлении, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
15.	Проведена терапия лекарственными препаратами железа и/или эпоэтином бета (при анемии, при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16.	Проведена терапия минерально-костных нарушений лекарственными препаратами для лечения гиперфосфатемии и/или препаратами кальция и/или антипаратиреоидными гормонами и/или препаратами группы витамина D и его аналогов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17.	Проведена терапия лекарственными препаратами ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы (при гиперхолестеринемии и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
18.	Выполнена терапия методами диализа (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет

3.14.20. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при эндометриозе (код по МКБ-10: N80)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное	Да/Нет
2.	Выполнена гистероскопия (при аденомиозе)	Да/Нет
3.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)	Да/Нет
4.	Отсутствие тромбозомболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
5.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет