Приложение №17

к Порядку взаимодействия участников системы

обязательного медицинского страхования Республики Карелия

при проведении контроля объемов, сроков, качества

и условий предоставления медицинской помощи

по обязательному медицинскому страхованию

Акт повторной медико-экономической экспертизы/экспертизы качества

медицинской помощи

(нужное подчеркнуть)

№ \_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г.

На основании приказа директора территориального фонда обязательного медицинского страхования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название)

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Экспертами (специалист-эксперт/эксперт качества медицинской помощи - нужное подчеркнуть): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность)

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

(ФИО)

Проведена повторная медико-экономическая экспертиза/экспертиза качества медицинской помощи (нужное подчеркнуть) (далее - реэкспертиза), проведенной страховой медицинской организацией

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

(наименование)

Адрес местонахождения страховой медицинской организации

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

Дата проведения проверки «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Проверка проведена за период с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г. по «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

в медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование медицинской организации, город, район

Принято к оплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ счетов за оказанную медицинскую помощь, из них:

вне медицинской организации - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

стационарно - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в дневном стационаре - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

амбулаторно - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Страховой медицинской организацией проведена медико-экономическая экспертиза/экспертиза качества медицинской помощи (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ случаев ( \_\_\_\_%):

из них: оказанной стационарно - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_случаев (\_\_\_\_%),

в дневном стационаре - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_случаев (\_\_\_\_%),

амбулаторно - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_случаев (\_\_\_\_%),

вне медицинской организации- \_\_\_\_\_\_\_\_\_случаев (\_\_\_\_\_%).

При этом страховой медицинской организацией выявлено \_\_\_\_\_\_случаев (\_\_\_%) нарушений при оказании медицинской помощи.

1. Проведена реэкспертиза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_случаев (\_\_\_\_\_\_%).

2. При реэкспертизе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ случаев (\_\_\_\_%), признанных страховой медицинской организацией удовлетворительными, экспертное заключение специалистов территориального фонда совпало с экспертным заключением страховой медицинской организации в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ случаях (\_\_\_\_%), а именно:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | № полиса обязательного медицинского страхования | № медицинской документации | Период оказания медицинской помощи | Код отделения | Диагноз по [МКБ-10](https://base.garant.ru/4100000/) |
|  |  |  |  |  |  |

2.1. По \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ случаям (\_\_\_\_%) специалистами территориального фонда обязательного медицинского страхования выявлены нарушения, допущенные медицинской организацией, но не выявленные страховой медицинской организацией.

Описание конкретного случая выявленного нарушения включает:

- № п/п, № полиса обязательного медицинского страхования, период оказания медицинской помощи, количество единиц объема медицинской помощи, тариф случая оказания медицинской помощи, диагноз (основной, сопутствующий), категория застрахованного лица (работающий, неработающий);

- нарушения при оказании медицинской помощи в соответствии с Тарифным соглашением на 2020 год, допущенные медицинской организацией, но не выявленные страховой медицинской организацией;

- экспертное заключение специалистов территориального фонда обязательного медицинского страхования, являющееся неотъемлемой частью настоящего акта, формулируется согласно договору со страховой медицинской организацией с указанием номера пункта перечня нарушений и сумм финансовых санкций, наименования нарушений.

Сумма по счету\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб., сумма финансовых санкций\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

3. Проведена реэкспертиза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ случаев с выявленными страховой медицинской организацией нарушениями.

По \_\_\_\_\_\_\_\_ случаям (\_\_\_\_%) экспертное заключение страховой медицинской организации, являющееся неотъемлемой частью настоящего акта, совпало с экспертным заключением специалистов территориального фонда обязательного медицинского страхования:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | № полиса обязательного медицинского страхования | № медицинской документации | Период оказания медицинской помощи | Код отделения | Диагноз или код [МКБ-10](https://base.garant.ru/4100000/) |
|  |  |  |  |  |  |

3.1. По \_\_\_\_\_\_\_\_\_ случаям ( \_\_\_\_\_%) специалистами территориального фонда обязательного медицинского страхования выявлены нарушения, допущенные специалистами страховой медицинской организации при медико-экономической экспертизе/экспертизе качества медицинской помощи (нужное подчеркнуть).

Описание конкретного случая выявленного нарушения включает:

- № п/п, № полиса обязательного медицинского страхования, период оказания медицинской помощи, количество единиц объема медицинской помощи, тариф, диагноз (основной, сопутствующий), категорию застрахованного лица (работающий, неработающий);

- суть выявленного страховой медицинской организацией нарушения;

- экспертное заключение, принятое страховой медицинской организацией с указанием суммы недоплаты;

- нарушение, допущенное страховой медицинской организацией при организации и проведении медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской помощи.

Экспертное заключение специалистов территориального фонда обязательного медицинского страхования, являющееся неотъемлемой частью настоящего акта, формулируется согласно договору со страховой медицинской организацией с указанием пункта(ов) и наименования(ий) нарушений и сумм применяемых санкций.

Сумма по счету \_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

Необоснованно удержанная страховой медицинской организацией с медицинской организации в сумме \_\_\_\_\_ руб.

Сумма санкций\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

4. Выводы:

Экспертное заключение страховой медицинской организации и территориального фонда обязательного медицинского страхования совпало в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ случаях ( \_\_\_\_\_%), выявлено нарушений, допущенных страховой медицинской организацией в организации и проведении медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской помощи (нужное подчеркнуть) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ случаях ( \_\_\_\_ %), в том числе по видам нарушений с указанием количества и сумм.

5. Предложения:

Подлежит восстановлению медицинской организации отдельным платежным поручением необоснованно удержанная сумма в размере\_\_\_\_\_\_руб.

Подлежит перечислению за счет собственных средств страховой медицинской организации на счет территориального фонда обязательного медицинского страхования санкции в размере \_\_\_\_\_\_ руб.

Подлежит возврату медицинской организацией в доход бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования сумма в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

Подпись специалистов, проводивших реэкспертизу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись

Директор территориального фонда обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись

С актом ознакомлены:

Руководитель страховой медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись

М.П.

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П

Приложение

к [акту](https://base.garant.ru/72271640/59716244b97262e1c20aa03b54d5753f/#block_113) повторной

медико-экономической

экспертизы/экспертизы качества

медицинской помощи

№ \_\_\_от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г.

Экспертное заключение

(протокол оценки качества медицинской помощи)

Наименование проверяющей организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинская документация №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

лечащий врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ полиса обязательного медицинского страхования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес застрахованного лица\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Наименование медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Счет № \_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г.

Длительность лечения (к/дни) всего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стоимость всего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_с\_\_\_\_\_\_\_\_по\_\_\_\_\_, к/д.\_\_\_\_\_\_\_;

отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_с\_\_\_\_\_\_\_\_по\_\_\_\_\_, к/д.\_\_\_\_\_\_\_;

отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_с\_\_\_\_\_\_\_\_по\_\_\_\_\_, к/д.\_\_\_\_\_\_\_.

Эксперт качества медицинской помощи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата проведения экспертизы качества медицинской помощи: «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г.

Поступление: экстренное, плановое.

Исход случая: выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть, самовольный уход, переведен (направлен) на госпитализацию (куда), другое

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

Операция \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_ г.

Диагноз клинический заключительный:

основной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

осложнение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

сопутствующий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз патологоанатомический:

основной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

осложнение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

сопутствующий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I. СБОР ИНФОРМАЦИИ (расспрос, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, консилиум)

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

Обоснование негативных последствий нарушений в сборе информации:

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

II. ДИАГНОЗ (формулировка, содержание, время постановки)

основной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

осложнение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

сопутствующий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обоснование негативных последствий нарушений в диагнозе:

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

III. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (в том числе назначение лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий)

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

Обоснование негативных последствий нарушений в лечении:

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

IV. ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ (обоснованность поступления, длительности лечения, перевод, содержание рекомендаций)

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

Обоснование негативных последствий нарушений в преемственности лечения:

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ эксперта качества медицинской помощи:

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

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ОШИБКИ, ПОВЛИЯВШИЕ НА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ:

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

Представитель медицинской организации:

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

(должность) подпись, Ф.И.О., дата подписания

Эксперт качества медицинской помощи:

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

подпись, Ф.И.О., дата подписания

М.П.