**Экспертное заключение**

**(протокол)**

I. Общая часть

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования/территориальный фонд обязательного медицинского страхования/страховая медицинская организация

Эксперт качества медицинской помощи **ID** 1-002350-36

Специальность эксперта качества медицинской помощи: онкология

Медицинская документация

Номер полиса ОМС

Пол Дата рождения

Наименование медицинской организации: **БУЗ ВО «ВОКОД»**

Форма оказания медицинской помощи [<2>](consultantplus://offline/ref=F92744C4A9ACC40F6D2F579B2CD54C7AEB2741DC4CCF446D012C3C372092DFF6091E1ACC3C87985116CAF6DE0177E6E596D6E54314BA05F6HDb8H) (отметить нужное):

экстренная  неотложная  плановая 

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

Диагноз клинический заключительный по [МКБ-10](consultantplus://offline/ref=F92744C4A9ACC40F6D2F5E822BD54C7AE8234BD74FCD446D012C3C372092DFF61B1E42C03C8F855417DFA08F47H2b0H) [<3>](consultantplus://offline/ref=F92744C4A9ACC40F6D2F579B2CD54C7AEB2741DC4CCF446D012C3C372092DFF6091E1ACC3C87985117CAF6DE0177E6E596D6E54314BA05F6HDb8H):

Основной:

Осложнение:

Сопутствующий:

Операция (указать) 00.00.2022

Диагноз патологоанатомический/судебно-медицинский по [МКБ-10](consultantplus://offline/ref=F92744C4A9ACC40F6D2F5E822BD54C7AE8234BD74FCD446D012C3C372092DFF61B1E42C03C8F855417DFA08F47H2b0H):

Основной:

Осложнение:

Сопутствующий:

Заключение о наличии нарушений (дефектов) по кодам [раздела 3](consultantplus://offline/ref=F92744C4A9ACC40F6D2F579B2CD54C7AEB2448D94CC9446D012C3C372092DFF6091E1ACC3C879E5411CAF6DE0177E6E596D6E54314BA05F6HDb8H) "Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи" Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющегося приложением к Порядку проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. N 231н:

1) сбор информации (опрос, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования, консультации/консилиумы): отсутствуют

2) диагноз (формулировка, содержание, время установления): отсутствуют. Рубрификация верная. Совпадение с патологоанатомическим диагнозом.

Основной: Рубрификация верная.

Осложнение: Рубрификация верная.

Сопутствующий: Рубрификация верная.

3) оказание медицинской помощи, в том числе назначение лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий: не выявлено

4) преемственность (обоснованность перевода, содержание рекомендаций): соблюдена

5) заключение:

о наличии в медицинской документации рекомендаций медицинских работников национального медицинского исследовательского центра, данных при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий (отметить нужное): да  нет ;

о наличии факта отражения рекомендаций в медицинской документации, в том числе в листе назначения: да  нет  (отметить нужное), с указанием наименования неотраженных в листе назначения рекомендаций: ;

о наличии в медицинской документации медицинских показаний, не позволяющих применить невнесенные в лист назначений рекомендации (отметить нужное) да  нет ;

6) оценка полноты выполнения рекомендаций национального медицинского исследовательского центра (отметить нужное): исполнение  неисполнение  неполное исполнение ;

7) констатировано неисполнение/неполное исполнение следующих рекомендаций: .

II. Выводы: (соответствие качества медицинской помощи [<4>](consultantplus://offline/ref=F92744C4A9ACC40F6D2F579B2CD54C7AEB2741DC4CCF446D012C3C372092DFF6091E1ACC3C87985114CAF6DE0177E6E596D6E54314BA05F6HDb8H): надлежащее/ненадлежащее; своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов диагностики и лечения, степень достижения запланированного результата; наиболее значимые нарушения (дефекты), повлиявшие на исход заболевания) Медицинская помощь оказана своевременно, надлежащего качества, в необходимом объеме: методы диагностики, лечения выбраны правильно. Лечение проводилось в соответствии.

III. Рекомендации: Подлежит оплате в полном размере.

IV. Заверительная часть

Эксперт качества медицинской помощи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / 1-002350-36 /

(подпись)

Представитель медицинской организации:

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

(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

М.П.