

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
№ _____

ВИСНОВОК
за результатами клініко-експертної оцінки

Найменування закладу охорони здоров'я або прізвище та ініціали фізичної особи-підприємця _____

Склад комісії (прізвище, власне ім'я та по батькові, місце роботи, посада):

1. _____
2. _____
3. _____

Опрацьовані матеріали:

1. Експертом КЕК МОЗ

2. Експертом КЕК за напрямком (профілем) медичної допомоги

3. На засіданні КЕК МОЗ

Результати

Відповідає _____

Не відповідає (із зазначенням НПА, які були порушені) _____

1. Локальний протокол затверджено наказом:

(назва розробника) від «_____» _____ р. № _____.

2. Медична документація ведеться (не ведеться) відповідно до вимог (з порушенням вимог) наказу Міністерства охорони здоров'я України від _____ року № _____:

Відповідає _____

Не відповідає (із зазначенням НПА, які були порушені) _____

3. Кваліфікація медичних працівників, які надавали допомогу, відповідає (не відповідає) кваліфікаційним вимогам:

Відповідає _____

Не відповідає (із зазначенням НПА, які були порушені) _____

4. Наявність (відсутність) договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з НСЗУ:

Наявний (із зазначенням реквізитів договору за відповідним пакетом послуг, за яким надавалась медична допомога) _____

Відсутній (із зазначенням НПА, які були порушені) _____

5. Наявність (відсутність) категорії акредитації закладу (закладів) охорони здоров'я, в умовах якого (яких) надавалась медична допомога:

Наявна _____

Відсутня (із зазначенням НПА, які були порушені) _____

6. Інше _____

Висновки

Надання медичної допомоги відповідає (не відповідає) стандартам медичної допомоги та медичного обслуговування, медико-технологічним документам (уніфікований або клінічний протокол, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від _____ року № _____, або протокол відсутній):

Відповідає _____

Не відповідає (із зазначенням НПА, які були порушені) _____

Виявлені недоліки (порушені НПА)

1. _____
2. _____
3. _____

Необхідні заходи (рекомендації) з усунення недоліків (у тому числі дисциплінарного впливу)	Строк виконання заходів (рекомендацій) з усунення недоліків
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Голова комісії:

(підпис)

(прізвище, власне ім'я та по батькові)

Члени комісії:

(підпис)

(прізвище, власне ім'я та по батькові)

(підпис)

(прізвище, власне ім'я та по батькові)

(підпис)

(прізвище, власне ім'я та по батькові)

**Начальник Управління контролю
якості надання медичної допомоги**

Олександр ПРАВИЛО