

АКТ
общественного мониторинга медицинских учреждений Московской области по доступности и качеству медицинского обслуживания в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение»

17.09.2019г
 (дата проверки)

Детская поликлиника ГАУЗ МО ЦГБ им. М.В. Гольца
 (Наименование медицинского учреждения)

Результат проверки медицинского учреждения:

| 1. | Доступность информации | Есть | Нет |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|
| 1.1. | Наличие вывески на входе с указанием юридического лица, обособленного структурного подразделения и режима его работы | + | |
| 1.2. | Наличие наглядной системы навигации в помещениях (указатели местонахождения кабинетов врачей и иных помещений) | + | |
| 1.3. | Наличие информации о дежурном администраторе с указанием номера кабинета, должности, ФИО сотрудника, часов работы | + | |
| 1.4. | Наличие модульного стенда с расписанием работы врачей поликлиники | + | |
| 1.5. | Наличие общей информации: | + | |
| 1.5.1. | о медицинской организации | + | |
| 1.5.2. | о структуре | + | |
| 1.5.3. | о контактах | + | |
| 1.5.4. | о графике приема руководством | + | |
| 1.5.5. | о видах медицинской помощи. | + | |
| 1.6. | Наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности | + | |
| 1.7. | Наличие информации о вышестоящих и контролирующих организациях (почтовый адрес, интернет-сайт, телефон «горячей линии») | + | |
| 1.8. | Наличие информации о страховых медицинских организациях | + | |
| 1.9. | Наличие информации о внеочередном оказании медицинской помощи льготным категориям граждан (Герои Советского союза и РФ, ветераны ВОВ и др.) | + | |
| 1.10. | Наличие информации о порядке прикрепления к медицинскому учреждению | + | |
| 1.11. | Наличие информации о платных медицинских услугах (перечень услуг и специалистов, прейскурант цен) | + | |

| | | | |
|-------|------------------------------------------------------------------------------|---|--|
| 1.12. | Наличие информации о местонахождении книги отзывов и предложений | + | |
| 1.13. | Наличие вывесок у кабинетов с указанием номера, названия кабинета, ФИО врача | + | |

| 2. | Комфортность условий предоставления услуг | Есть | Нет |
|--------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----|
| 2.1. | Имеется ли достаточное количество посадочных мест для ожидания приема? | + | |
| 2.2. | Оценка качества уборки помещений в баллах от 1 до 5 | 5 | |
| 2.3. | Наличие комфортного освещения и температурного режима в холлах и коридорах | + | |
| 2.4. | Есть ли потребность в косметическом ремонте помещений | <i>локально, по мере необходимости</i> | |
| 2.5. | Есть ли потребность в замене мебели | <i>в некоторых кабинетах стулья, журналы и телефоны.</i> | |
| 2.6. | Наличие питьевой воды для посетителей | + | |
| 2.7. | Наличие доступных туалетов для пациентов и посетителей | + | |
| 2.8. | Наличие в туалетах для пациентов и посетителей: | + | |
| 2.8.1 | мыла | + | |
| 2.8.2. | туалетной бумаги | + | |
| 2.8.3 | одноразовых салфеток для рук | + | |
| 2.8.4. | сушилок для рук | + | |
| 2.9. | Наличие одноразовых бахил для пациентов и посетителей | + | |
| 2.10. | Наличие зон комфортного пребывания для пациентов и посетителей | + | |

| 3. | Доступность медицинской помощи | Есть | Нет |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|
| 3.1. | Наличие очередей пациентов: | | — |
| 3.1.1. | у инфоматов | | — |
| 3.1.2. | у кабинетов врачей | | — |
| 3.1.3. | у процедурного кабинета | | — |
| 3.2. | Исправность электронных терминалов (инфоматов) для записи пациентов на прием к врачу | + | |
| 3.3. | Наличие информации о перечне каналов записи на прием к врачу в ЕМИАС МО | + | |
| 3.4. | Наличие информации о перечне врачей-специалистов, для которых открыта самостоятельная запись в ЕМИАС МО | + | |
| 3.5. | Возможность приема участковыми врачами в день обращения пациента в поликлинику: | + | |
| 3.5.1. | Терапевтом | + | |
| 3.5.2. | Педиатром | + | |

| | | | |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|
| 3.6. | Возможность приема врачами-специалистами в течение 14 дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию | + | |
| 3.7. | Возможность проведения диагностических инструментальных исследований в течении 14 дней со дня назначения исследования | + | |
| 3.8. | Возможность проведения рентгеномографических исследований (КТ, МРТ) в течение 30 дней со дня назначения исследования | + | |
| 3.9. | Ожидание приема по предварительной записи относительно назначенного времени менее 15 минут | + | |

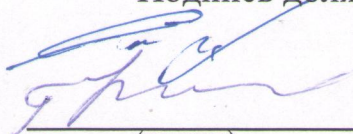
4. Опрос пациентов

| № п/п | Предмет опроса | опрошено, чел. | Удовлетворены, чел. | % |
|--------------|--------------------------------------------------------|----------------|---------------------|-----|
| 4.1. | Состояние территории медицинской организации | 18 чел | + | 100 |
| 4.2. | Открытость и доступность информации | | + | 100 |
| 4.3. | Комфортность условий предоставления услуг | | + | 100 |
| 4.4. | Доступность медицинской помощи | | + | 100 |
| 4.5. | Доступность услуг для инвалидов | | + | 100 |
| 4.6. | Доброжелательность и вежливость медицинских работников | | + | 100 |
| 4.7. | Компетентность медицинских работников | | + | 100 |
| ВСЕГО | | | | 100 |

Дополнительно:

Установлена приемная - вахтановская вестилуция.
 Есть потребности в установке кондиционеров
 в кабинетах, но мере необходимости.

Подпись должностного лица (лиц), проводившего проверку



Светлана С.С.
 Камбалаев Э.В.

(подпись)
 Светл

Светликова А.Н.

(расшифровка подписи)