

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	Р01-09-01-19	Лист 2 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	--------------

Оглавление

1.	Назначение и область применения	3
2.	Нормативные ссылки	3
3.	Термины, определения	4
4.	Сокращения	5
5.	Условные обозначения.....	5
6.	Общие положения оценки качества рентгенорадиологических исследований	5
7.	Процесс оценки качества	6
8.	Описание процесса оценки качества рентгенорадиологических исследований	7
8.1.	Этапы оценки качества	7
8.2.	Подтверждение клинически значимых расхождений.....	8
8.3.	Оценка качества диагностических и скрининговых исследований (кроме ММГ)	9
8.4.	Оценка качества диагностической ММГ	13
9.	Оценка качества скрининговой ММГ	19
10.	Отчет о результатах оценки качества и алгоритм работы с возражениями	21
11.	Требования к персоналу.....	22
12.	Актуализация	23
13.	Хранение и восстановление.....	23
14.	Ознакомление с документом	24
15.	Контроль.....	24
	Приложение 1.....	25
	Приложение 2.....	26
	Приложение 3.....	28
	Приложение 4.....	30

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	Р01-09-01-19	Лист 3 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	--------------

1. Назначение и область применения

Документ определяет порядок проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований после получения исследования врачами КО.

Данный документ распространяется на проведение аудитов (оценки качества) рентгенорадиологических исследований в медицинских организациях:

- подключенных к ЕРИС экспертами консультативного отдела согласно Приказу Департамента здравоохранения города Москвы от 25.12.2017 № 918 «О регламенте регистрации данных в системе «Единый радиологический информационный сервис» в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы»;

- по запросу руководителей МО или ОЛД МО любой формы собственности на договорной основе;

- по запросу (директора центра, руководителя других отделов центра в рамках деятельности органа инспекции центра.

Регламент предназначен для работников консультативного отдела.

2. Нормативные ссылки

В настоящем документе использованы ссылки на следующие нормативные документы:

2.1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.2. Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

2.3. Федеральный закон от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации».

2.4. Федеральный закон от 29.07.2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья».

2.5. Постановление Правительства Российской Федерации от 12.11.2012 № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности».

2.6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

2.7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

2.8. Приказ Министерства здравоохранения РСФСР от 02.08.1991 № 132 «О совершенствовании службы лучевой диагностики».

2.9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

2.10. Приказ Федерального Фонда Обязательного Медицинского Страхования от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов,

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	Р01-09-01-19	Лист 4 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	--------------

сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

2.11. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 13.08.2013 № 820 «О совершенствовании организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях государственной системы здравоохранения г. Москвы».

2.12. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 07 июня 2019 года № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

2.13. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 25.12.2017 № 918 «О регламенте регистрации данных в системе «Единый радиологический информационный сервис» в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

2.14. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 15.03.2018 № 183 «Об утверждении регламента организации оказания медицинской помощи по профилям «Рентгенология» и «Радиология» с применением телемедицинских технологий».

2.15. Методические рекомендации Департамента здравоохранения города Москвы и ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» от 17.04.2019 № 21 «Оценка качества рентгенорадиологических исследований».

2.16. «ГОСТ Р ИСО 9001-2015 Национальный стандарт Российской Федерации. Системы менеджмента качества».

2.17. IWA 1:2005/ГОСТ Р 53092-2008 «Система менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения».

2.18. СанПиН 2.6.1.1192-03 «Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований» (с изменениями на 14 февраля 2006 г.).

2.19. СанПиН 2.6.1.3288-15 «Гигиенические требования по обеспечению радиационной безопасности при подготовке и проведении позитронно-эмиссионной томографии».

3. Термины, определения

В настоящем документе применены следующие термины с соответствующими определениями:

3.1. Анализ рентгенорадиологических исследований (оценка качества) – процесс оценки качества проведения и описания рентгенорадиологических исследований в медицинской организации с целью определения степени их соответствия рекомендуемым стандартам.

3.2. Артефакт – любая помеха на изображении, которая может снижать его диагностические возможности.

3.3. Эксперт – врач-рентгенолог или рентгенолаборант ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ», сдавший внутренний экзамен и допущенный к проведению анализа качества рентгенорадиологических исследований.

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	P01-09-01-19	Лист 5 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	--------------

3.4. Система для анализа рентгенорадиологических исследований – программный модуль (не АРИ и АРИК), позволяющий проводить экспертную оценку результатов диагностических исследований любой медицинской организации посредством выборки, сформированной случайным образом, но в рамках заранее определенных параметров.

3.5. АРИ (анализ рентгенорадиологических исследований) – программный модуль Единого радиологического информационного сервиса, позволяющий проводить экспертную оценку результатов анонимизированных диагностических исследований посредством выборки, сформированной случайным образом, но в рамках заранее определенных параметров.

3.6. АРИК (анализ рентгенорадиологических исследований и консультаций) – программный модуль, позволяющий проводить экспертную оценку результатов диагностических исследований любой медицинской организации посредством выборки, сформированной случайным образом, но в рамках заранее определенных параметров.

4. Сокращения

- ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения города Москвы»;
- ДЗМ – Департамент здравоохранения города Москвы;
- ЕРИС – Единый радиологический информационный сервис;
- КТ – Компьютерная томография;
- ММГ – Маммография;
- МО – Медицинская организация;
- МРТ – Магнитно-резонансная томография;
- ОЛД – Отделение лучевой диагностики;
- DICOM – Digital Images Communication in Medicine (отраслевой стандарт создания, хранения, передачи и визуализации медицинских изображений и документов).

5. Условные обозначения

Обозначения в схемах настоящего регламента соответствуют стандартным условным обозначениям, применяемым при описании процессов в нотации BPMN 2.0 (англ. Business Process Model and Notation).

6. Общие положения оценки качества рентгенорадиологических исследований

Целью оценки качества рентгенорадиологических исследований является повышение качества услуг, предоставляемых в ОЛД.

Задачи:

- a) Оценка качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований на основании их соответствия существующим рекомендациям и стандартам.
- b) Выявление системных расхождений и оперативное проведение мероприятий, направленных на предупреждение их возникновения.

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	P01-09-01-19	Лист 6 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	--------------

с) Определение возможностей и путей улучшения работы службы лучевой диагностики с учетом современного уровня развития медицинской науки и медицинских технологий.

д) Мотивация персонала ОЛД к предоставлению качественных диагностических услуг и постоянному повышению уровня своей квалификации.

Основными предпосылками к проведению оценки качества рентгенорадиологических исследований являются реализация:

а) Постановления ДЗМ о плановой (регулярной) оценке качества исследований в ЕРИС (Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 25.12.2017 № 918).

б) Целевой или плановой оценки качества исследований по запросу главного внештатного специалиста по лучевой и инструментальной диагностике г. Москвы.

с) Целевой или плановой оценки качества исследований по запросу руководителя МО или руководителя ОЛД МО любой формы собственности.

д) Внутреннего контроля качества АРИ, выполненного экспертами ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ».

Оценка качества основывается на принципах законности, объективности, профессиональной компетентности и открытости.

Предметом анализа являются диагностические изображения в формате DICOM и протоколы описаний исследований, выполненные в ОЛД МО.

Выделяют две формы оценки качества:

- Плановая – ежедневная случайная выборка по заранее заданным критериям, заданного процента исследований.
- Целевая – случайная выборка исследований по конкретному запросу (например, оценка качества определенного округа, МО, врача-рентгенолога, рентгенолаборанта или видов исследований).

В зависимости от вида исследований, выделяют оценку качества:

- скрининговых исследований;
- диагностических исследований.

Оценка качества осуществляется посредством специальных программных модулей, которые позволяют анонимизировать исследования и проводить их анализ. Под анонимизацией понимается скрытие от эксперта данных о ФИО пациента, ФИО врача-рентгенолога и рентгенолаборанта, о названии МО, в которой было выполнено исследование.

7. Процесс оценки качества

7.1. Блок схема проведения оценки качества (оценка качества рентгенологического исследования) приведена на рисунке 1.

7.2. Отбор исследований на оценку качества – только визированные.

7.3. Автоматическая выборка исследований на оценку качества согласно настройкам и форме оценки качества.

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	P01-09-01-19	Лист 7 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	--------------

7.4. Заявки на оценку качества (из любой системы для оценки качества рентгенологических исследований) поступают в программный модуль диспетчера и далее автоматически или в ручном режиме маршрутизируются экспертам в зависимости от настроек компетенции

7.5. На рабочий стол эксперта исследования попадают в зависимости от настроек компетенций эксперта (модальность, анатомическая область, название процедур).

7.6. Эксперт/эксперты проводят оценку качества, по результату которой формирует(ют) итоговую оценку.

7.7. При оценке клинически значимое расхождение обязательное подтверждение данной оценки 2-мя экспертами.

7.8. По результатам оценки качества формируется отчет, отображающий работу рентгенолаборантов, врачей, ОЛД и т.д.

7.9. При проведении плановой оценки качества при итоговой оценке клинически значимое расхождение автоматически уходит руководителю ОЛД в виде отчета.

Оценка качества рентгенологических исследований (аудит)

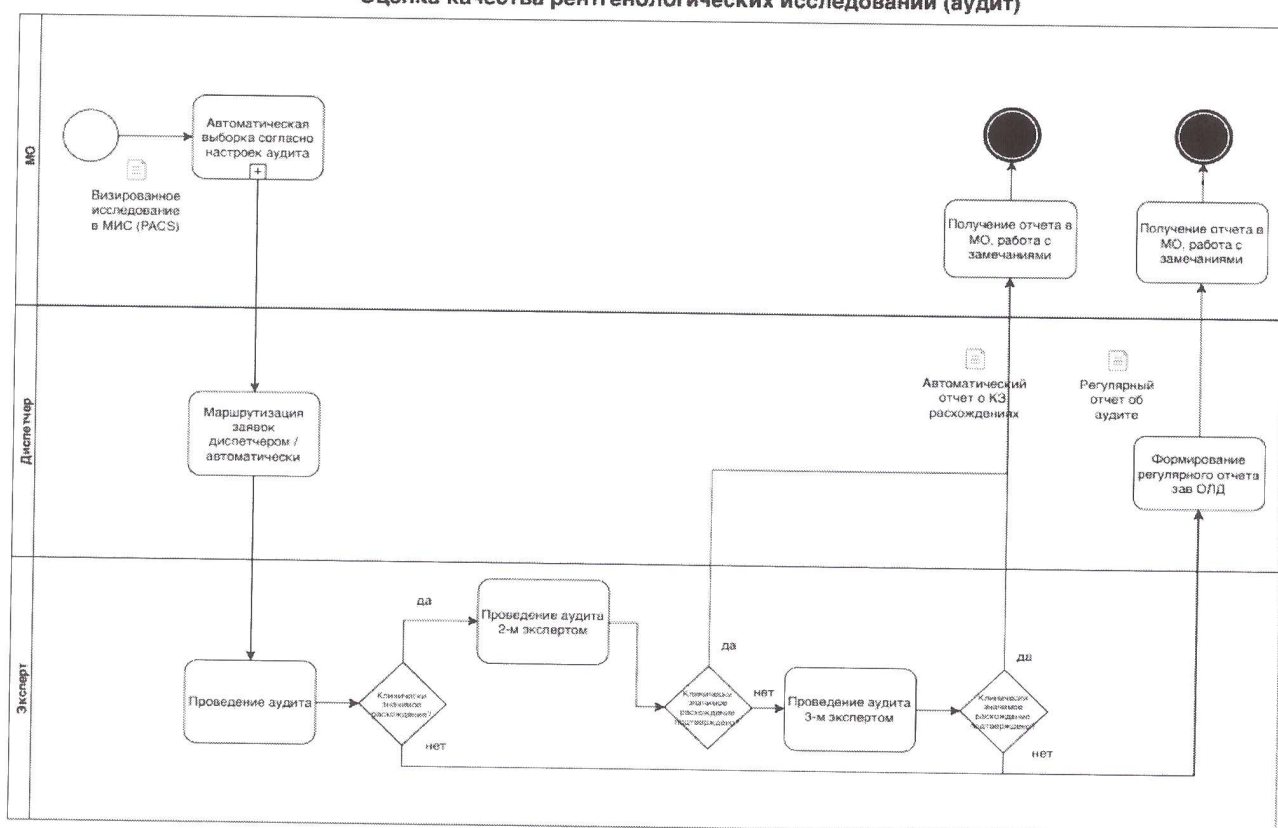


Рисунок 1. Блок схема проведения оценки качества (оценка качества рентгенологического исследования)

8. Описание процесса оценки качества рентгенорадиологических исследований

8.1. Этапы оценки качества

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	Р01-09-01-19	Лист 8 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	--------------

Оценка качества исследований состоит из 3-х этапов (рисунок 2), результатом проведения которых является формирование итоговой оценки по исследованию.

Этапы оценки качества исследований:

- 1) Анализ выполнения исследования (технические параметры).
- 2) Анализ оформления протокола описания.
- 3) Анализ интерпретации исследования (диагностические параметры).



Рисунок 2. Этапы оценки качества рентгенорадиологических исследований

8.2. Подтверждение клинически значимых расхождений

Итоговая оценка по каждому исследованию представляет собой один из следующих вариантов:

- 1) Полное соответствие.
- 2) Замечание общего характера.
- 3) Клинически не значимое расхождение.
- 4) Клинически значимое расхождение.

В случае выбора первых трех оценок (полное соответствие, замечание общего характера, клинически не значимое расхождение) оценка качества по данному исследованию считается завершенной.

При наличии клинически значимого расхождения исследование автоматически передается на рабочий стол второго эксперта. Если второй эксперт согласен с оценкой первого эксперта, то оценка качества считается завершенной как случай с клинически значимым расхождением.

Если второй эксперт не согласен с оценкой первого эксперта, то исследование автоматически передается на рабочий стол третьего эксперта, большинство голосов определяет итоговую оценку по данному исследованию (рисунок 3).

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	P01-09-01-19	Лист 9 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	--------------

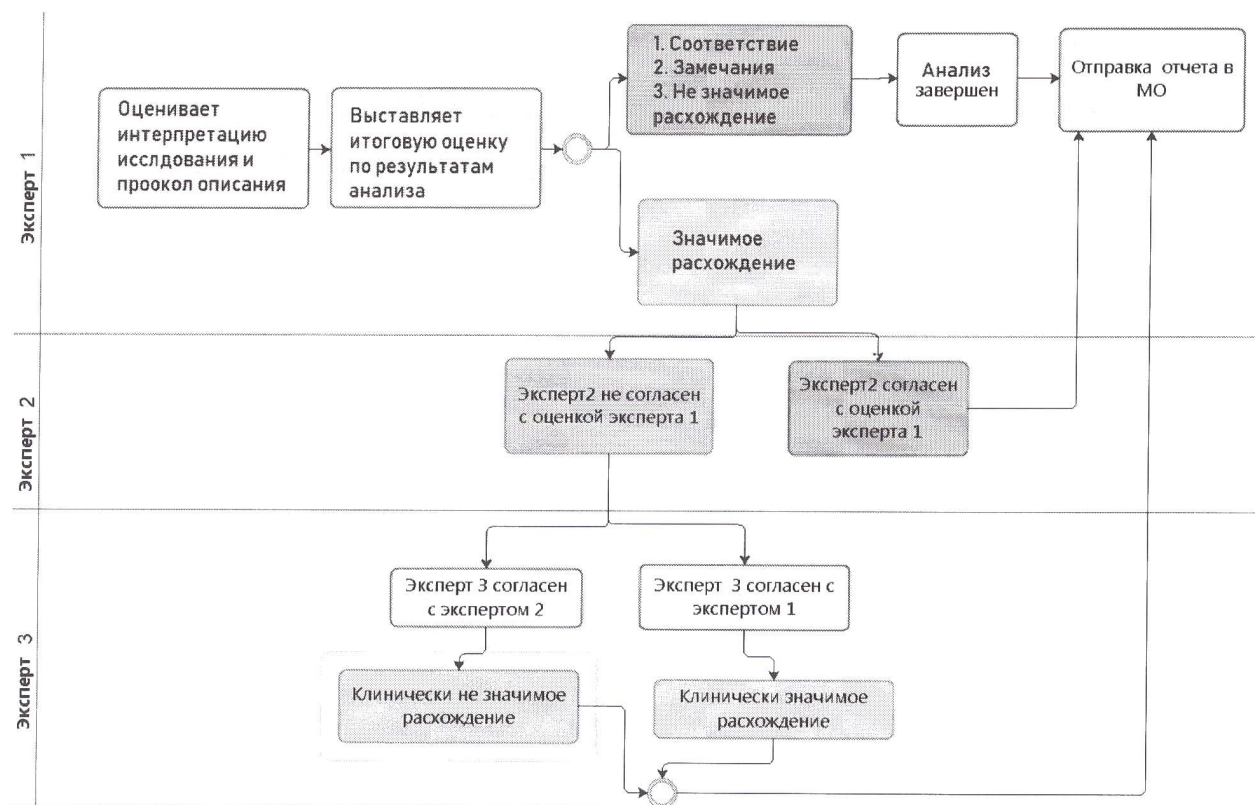


Рисунок 3. Схема подтверждения клинически значимых расхождений

8.3. Оценка качества диагностических и скрининговых исследований (кроме ММГ)

8.3.1. Оценка качества выполнения исследования (технические параметры)

Правильность выполнения рентгенорадиологических исследований может оцениваться экспертами.

Параметры оценки качества выполнения (сканирования) исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1
Параметры оценки качества выполнения (сканирования) исследования

№	Параметр	Эксперт	Описание параметра
1.	Нет технических замечаний	Рентгенолаборант/ Врач-рентгенолог	Исследование выполнено методологически правильно, качество изображения не снижает диагностических возможностей метода
2.	Нарушение укладки/ позиционирование срезов	Рентгенолаборант/ Врач-рентгенолог	Несоблюдение правил укладки (ротация конечностей, туловища и т.д.); отклонение от рекомендаций по плоскостям, проекциям сканирования

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	P01-09-01-19	Лист 10 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	---------------

3.	Нарушение методики	Врач-рентгенолог	Несоблюдение методики выполнения исследования (отсутствие обязательных импульсных последовательностей на МРТ; выполнение КТ ОБП без в/в контрастирования пациенту с онкологией в анамнезе или на онкопоиск)
4.	Некорректный выбор границ	Рентгенолаборант/ Врач-рентгенолог	Не полный или избыточный захват зоны интереса при выполнении исследования (например, для КТ–сканирование ОБП без захвата Дугласова пространства (хотя бы на одной из фаз контрастирования оно должно быть захвачено) или избыточный охват зоны (например, при сканировании грудной клетки захвачена брюшная полость значительно ниже легких)
5.	Наличие артефактов (устраняемых)	Рентгенолаборант/ Врач-рентгенолог	Металлические элементы одежды, низкое качество изображений, физиологические артефакты – устраняемость/неустраняемость определяется экспертом.
6.	Наличие артефактов (неустраняемых)	Рентгенолаборант/ Врач-рентгенолог	Артефакты, связанные с оборудованием (ринг артефакт на КТ, вихревые артефакты, сломанный градиент), артефакты от протезов, имплантов, физиологические артефакты – устраняемость/неустраняемость определяется экспертом.
7.	Не подлежит дальнейшей оценке	Рентгенолаборант/ Врач-рентгенолог	Оценка качества исследования считается завершенным. Исследование не отправляется на диагностический анализ врачу-рентгенологу, т.к. либо нет изображений, либо их качество или количество недостаточно для интерпретации.

8.3.2. Оценка качества оформления протокола описания

Оценка осуществляется по следующим параметрам (возможно применение системы на основе интеллектуальных технологий):

1) Соответствие заполнения протокола рекомендуемым параметрам: соответствие заполненных полей, включая паспортную часть, название контрастного вещества, дозовую нагрузку и т.д. (Регламент формирования протокола заключения по рентгенорадиологическим

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	Р01-09-01-19	Лист 11 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	---------------

исследованиям, утвержденный приказом ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» от 15 февраля 2019 г. № 33/1-2).

- 2) Соответствие названия процедуры выполненному исследованию.
- 3) Соответствие в разделах «описание» и «заключение» наличие/ отсутствие патологии:
 - а) Если в протоколе есть описание изменений, то и в заключении должно быть описано это изменение.
 - б) Если в протоколе описания нет изменений, то и в заключении должны быть фразы «без изменений», «патологии не выявлено/не определяется».
- 4) Соответствие алгоритму формирования «заключения» в бланке протокола исследования:
 - Если обнаружено наличие предыдущих релевантных протоколов, то в бланке протокола обязательно наличие фраз: «по сравнению»/ «при сравнении»/ «при ретроспективном анализе»/ «с учетом данных»/ «положительная динамика»/ «отрицательная динамика»/ «разнонаправленная динамика»/ «без динамики», отражающих динамику процесса.
- 5) Формирование протокола заключения от более значимой патологии к менее значимой патологии.

При корректном оформлении бланка протокола необходимо выбрать в интерфейсе программного модуля параметр «полное соответствие» по оформлению протокола исследования (приложение 1).

8.3.3. Оценка качества интерпретации исследований (диагностические параметры)

Анализ интерпретации исследований (диагностические параметры) выполняется экспертом согласно его компетенции (субспециализации).

Параметры оценки качества интерпретации исследования представлены в таблице 2.

Таблица 2
Параметры оценки качества интерпретации исследования

№	Параметр	Описание параметра
1.	Пропуск находки (гиподиагностика)	При интерпретации исследования патология не была отмечена в протоколе исследования
2.	Ложная находка (гипердиагностика)	При интерпретации исследования отмечена в протоколе несуществующая патология
3.	Некорректная интерпретация	При интерпретации исследования отмечены имеющиеся на изображении изменения, но некорректно расценены: <ol style="list-style-type: none"> 1. Недооценка выявленных изменений (гиподиагностика изменений, визуализируемых на изображениях). 2. Переоценка выявленных изменений (гипердиагностика изменений, визуализируемых на изображениях).

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	P01-09-01-19	Лист 12 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	---------------

		3. Неверная оценка степени распространенности процесса.
--	--	---------------------------------------------------------

При оценке по одному из вышеперечисленных параметров необходимо определить, к какой группе нозологий относятся выявленные изменения. Группы нозологий представлены в таблице 3.

Таблица 3
Группа выявленных изменений по нозологиям

№	Группа выявленных изменений по нозологиям	Описание параметра
1.	Образование	<ul style="list-style-type: none"> • Доброкачественные • Злокачественные • Неясного генеза
2.	Воспалительные и аутоиммунные изменения	<ul style="list-style-type: none"> • Интерстициальные заболевания • Инфекционные/воспалительные • Метаболические/токсические • Аутоиммунные и реактивные состояния • Демиелинизирующие процессы
3.	Травматические изменения	<ul style="list-style-type: none"> • Острые травматические изменения • Посттравматические изменения
4.	Дегенеративные и дистрофические изменения	<ul style="list-style-type: none"> • Дистрофические изменения • Дегенеративные изменения
5.	Острые состояния	<ul style="list-style-type: none"> • Состояния, требующие оказания неотложной медицинской помощи (за исключением выше введенной острой травмы в п. № 3 данной таблицы)
6.	Сосудистая патология	<ul style="list-style-type: none"> • Сосудистые заболевания • Изменения, связанные с сосудистой патологией (проявление сосудистой патологии по локализации)
7.	Варианты и аномалии развития	

8.3.4. Итоговая оценка

По результатам проведенной оценки качества (оценка технических и диагностических параметров, протокола исследования) эксперт выставляет в программном модуле одну из следующих итоговых оценок (таблица 4):

- полное соответствие;
- замечание общего характера (ЗО);
- клинически не значимые расхождения (КНЗ);
- клинически значимые расхождения (КЗ).

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	P01-09-01-19	Лист 13 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	---------------

Таблица 4
Виды итоговых оценок рентгенорадиологических исследований

№	Оценка	Описание
1.	Полное соответствие	Исследование выполнено технически правильно. Эксперт согласен с интерпретацией изображений врачом-рентгенологом. Бланк протокола оформлен корректно.
2.	Замечание общего характера	Данная оценка выставляется при наличии замечаний по оформлению бланка протокола, некорректном использовании терминологии, замечаниях при выполнении исследования связанные с техническими параметрами аппарата (неустраняемые артефакты).
3.	Клинически незначимое расхождение	Замечания со стороны эксперта по выполнению исследования, оформлению протокола или интерпретации изображения, которые не несут клинической значимости. Т.е. по сформированному протоколу врачу клинической специальности понятны основные результаты исследования, и полученные данные не влекут принципиальных изменений лечебно-диагностической тактики, не связаны с потенциальным развитием состояний, угрожающих жизни и не влекущих стойкую утрату здоровья пациента.
4.	Клинически значимое расхождение	Расхождения в интерпретации врача-рентгенолога и эксперта, замечания к выполнению исследования и оформлению протокола, которые потенциально приводят к принципиальным изменениям лечебно-диагностической тактики и/или связаны с потенциальным развитием состояний, угрожающих жизни или влекущих стойкую утрату здоровья пациента (например, пропуск находки или неверная интерпретация выявленных изменений, в первую очередь злокачественных образований и острых состояний: пропуск опухоли поджелудочной железы, интерпретация рака легкого как пневмонии, пропуск острых травматических изменений и т.д.)

8.4. Оценка качества диагностической ММГ

8.4.1. Оценка качества выполнения исследования (технические параметры)

Оценка качества выполнения исследования (технические параметры) выполняется экспертом. Эксперт оценивает качество выполнения исследования, отмечая соответствующие поля в программном модуле в зависимости от соответствия или несоответствия указанному техническому параметру.

При наличии замечаний к качеству выполнения исследования эксперт выбирает поле с соответствующим параметром/параметрами и заполняет комментарии, поясняющие, в чем именно заключается ошибка. При отсутствии замечаний к качеству исследования эксперт заполняет поле «Р» – превосходное качество.

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	P01-09-01-19	Лист 14 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	---------------

Параметры оценки качества выполнения исследования по ММГ представлены в таблице 5.

Таблица 5
Параметры оценки качества выполнения исследования

№	Параметр	Эксперт	Описание параметра
1.	Р – превосходное качество	Рентгенолаборант/ Врач-рентгенолог	<p>Исследование выполнено методологически правильно, качество изображения не снижает диагностических возможностей метода.</p> <p>Соответствует всем параметрам:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) адекватная визуализация молочной железы и прилежащих тканей: <ul style="list-style-type: none"> • грудные мышцы визуализируются до задней сосковой линии; • угол грудных мышц > 20 к вертикальной границе пленки; • сосок визуализируется в профиль; • видна инфрамаммарная складка. 2) корректная маркировка изображения: <ul style="list-style-type: none"> • дата исследования; • данные пациента; • маркировка стороны; • маркировка проекции. 3) корректная экспозиция: <ul style="list-style-type: none"> • оптическая плотность 0,4 - 2,5. 4) достаточная степень компрессии. 5) отсутствие двигательных артефактов. 6) корректная обработка изображений. 7) отсутствие артефактов (устраняемых). 8) отсутствие артефактов (неустраняемых). 9) отсутствие кожных складок. 10) симметричность правой и левой маммограмм.
2.	G – хорошее качество	Рентгенолаборант/ Врач-рентгенолог	<p>Исследование выполнено без замечаний согласно пунктам 1 - 6, прописанным в «описание параметра - Р».</p> <p>Допускаются замечания по выполнению исследования согласно пунктам 7 – 10, прописанным в «описание параметра – Р»:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) присутствие артефактов, которые не затемняют изображения (устраняемые).

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	P01-09-01-19	Лист 15 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	---------------

			<ol style="list-style-type: none"> 2) присутствие артефактов, которые не затемняют изображения (неустранимые). 3) отчетливые складки кожи, которые не распространяются на железистую ткань. 4) асимметричность правой и левой маммограмм.
3.	М – удовлетворительное качество	Рентгенолаборант/ Врач- рентгенолог	<p>Допускаются замечания по всем пунктам «в описании параметра – Р» согласно нижеследующему перечню:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) большая часть ткани молочной железы визуализируется: <ul style="list-style-type: none"> • сосок не визуализируется в профиль, но отчетливо дифференцируется в ретроареолярной ткани; • значительное отклонение соска от срединной линии. 2) корректная маркировка изображения: <ul style="list-style-type: none"> • отсутствие маркировки стороны. 3) корректная экспозиция. 4) недостаточная степень компрессии. 5) наличие двигательных артефактов. 6) корректная обработка изображения. 7) наличие артефактов, которые не затемняют изображение (устранимые). 8) наличие артефактов, которые не затемняют изображение (неустранимые). 9) отчетливые складки кожи, которые не распространяются на железистую ткань. 10) асимметричность изображения.
4.	I – неудовлетворительное качество	Рентгенолаборант/ Врач- рентгенолог	<p>Анализ исследования считается завершенным. Исследование не соответствует не одному из параметров категории Р, G, М. При выборе данного параметра оценка исследования завершена:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) значительная часть молочной железы обрезана; 2) неполная или некорректная маркировка; 3) некорректная экспозиция; 4) размытое изображение;

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	P01-09-01-19	Лист 16 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	---------------

			5) некорректная обработка изображения; 6) множественные артефакты устранимые; 7) множественные артефакты не устранимые; 8) складки кожи, затемняющие изображения.
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8.4.2. Оценка качества оформления протокола описания

Оценка осуществляется по следующим параметрам (возможно применение систем на основе интеллектуальных технологий):

1. Соответствие названия процедуры выполненному исследованию.
2. Соответствие информации в основной части протокола заключению:
 - a) Если в протоколе есть описание изменений, то и в заключении должно быть описано это изменение.
 - b) Если в протоколе описания нет изменений, то и в заключении должны быть фразы «без изменений», «патологии не выявлено/ не определяется».
3. Соответствие алгоритму формирования «заключения» в бланке протокола исследования:
 - a) Если обнаружено наличие предыдущих релевантных протоколов, то в бланке протокола обязательно наличие фраз: «по сравнению»/ «при сравнении»/ «при ретроспективном анализе»/ «с учетом данных» / «положительная динамика»/ «отрицательная динамика»/ «разнонаправленная динамика»/ «без динамики», отражающих динамику процесса.
 - b) Наличие в заключении системы стратификации (Bi-Rads 0-6).
4. Соответствие заполнения протокола рекомендуемым параметрам: соответствие заполненных полей, включая паспортную часть, название контрастного вещества, дозовую нагрузку и т.д. (согласно Регламенту).

При корректном оформлении бланка протокола необходимо выбрать в программном модуле параметр «полное соответствие» по оформлению протокола исследования (приложение 2).

8.4.3. Оценка качества интерпретации исследования (диагностические параметры)

Выполняется экспертом соответственно его компетенции (субспециализации). Параметры оценки качества интерпретации исследования представлены в таблице 6.

Таблица 6
Параметры оценки качества интерпретации исследования

№	Параметр	Группа изменений по нозологиям	Описание параметра
1.	Пропуск находки (гиподиагностика)	Образование: – Доброкачественное – Злокачественное – Другое:	При интерпретации исследования патология не была отмечена в протоколе исследования.

№	Итоговая оценка	Группа изменений	Параметр
1.	Полное соответствие	Исследование выполнено технически правильно. Бланк протокола оформлен корректно. Эксперт согласен с интерпретацией изображения врача-рентгенолога	Выбраны параметры полное соответствие
2.	Замечания общего характера	Замечание по оформлению протокола, в том числе отсутствие в протоколе оценки по Bi-Rads	Выбран один из параметров по оформлению протокола исследования
3.	Клинически незначимое расхождение	1. Образование: – Дорзокачественное (гипердиагностика) 2. Плотность молочной железы по АСР в следующих сочетаниях: – А-В – В-С – С-Д 3. Несоответствие категории Bi-Rads (Таблица 8)	Некорректная интерпретация Некорректная интерпретация Ложная находка (гипердиагностика)

Алгоритм формирования итоговых оценок рентгенологических исследований

При одновременном наличии нескольких групп изменений (параметров), относящихся к разным итоговым оценкам, итоговая оценка выставляется наиболее значимая. Матрица по разным итоговым оценкам в соответствии с категорией Bi-Rads представлена в таблице 8. Матрица по итоговым оценкам в соответствии с плотностью молочной железы представлена в таблице 9.

По результатам проведенной оценки качества и протокола заключения эксперта в программном модуле формируется итоговая оценка. Алгоритм формирования итоговой оценки

8.4.4. Итоговая оценка

3.	Некорректная интерпретация	– Структура молочной железы. – Категория Bi-Rads (оценка эксперта).	– Некорректная оценка структуры молочной железы. – Оценка эксперта по категории Bi-Rads (оценка эксперта).
2.	Ложная находка (гипердиагностика)	Образование: – Дорзокачественное – Злокачественное – Другое: Асимметрия, кальцинаты подзрительной и т.д.	При интерпретации отмечена несуществующая патология.
		Асимметрия, кальцинаты подзрительной и т.д.	

РБГУЗ «НПКЦ ДИТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенологических исследований	Р01-09-01-19	Лист 17 из 30
-----------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	---------------

Плотность, выставленная врачом-рентгенологом	А	В	С	Д
А	ПС	КНЗ	КЗ	КЗ
В	КНЗ	ПС	КНЗ	КЗ
С	ПС	КНЗ	КЗ	КНЗ
Д	КНЗ	КЗ	ПС	ПС

Плотность, выставленная экспертом

Матрица расхождений по категориям АСР

Таблица 9

*КНЗ если нет пропуска образования

Категория, выставленная врачом-рентгенологом	В1	В2	В3	В4	В5
В1	ПС	КНЗ	КНЗ	КНЗ	КНЗ
В2	КНЗ	ПС	КЗ (КНЗ*)	КЗ	КЗ
В3	КЗ	КНЗ	ПС	КЗ	КЗ
В4	КНЗ	КЗ	КНЗ	ПС	КНЗ
В5	КЗ	КЗ	КНЗ	КНЗ	ПС

Категория, выставленная экспертом

Матрица расхождений по категориям Bi-Rads

Таблица 8

4.	Клинически значимое расхождение	1. Образование: - Доброкачественное - Злокачественное	2. Плотность молочной железы по АСР в следующих сочетаниях: - А-С - А-Д - В-Д	3. Несоответствие категории Bi-Rads (Таблица 8)	Некорректная интерпретация
					Некорректная интерпретация (гиподиагностика)

Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенодиагностических исследований	Р01-09-01-19	Лист 18 из 30
Консультативный отдел ГБУЗ «НПКИ ДНТ ДЗМ»		

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	P01-09-01-19	Лист 19 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	---------------

9. Оценка качества скрининговой ММГ

9.1. Оценка качества выполнения исследования (технические параметры)

Оценка качества выполнения исследования (технические параметры) выполняется экспертом согласно его компетенции (субспециализации) по тем же параметрам, что и диагностическая ММГ (таблица 5).

9.2. Оценка качества оформления протокола описания

Оценка осуществляется по следующим параметрам (возможно применение систем машинного анализа):

- Соответствие название исследования/ услуги протоколу описания.
- Соответствие рекомендуемому бланку протокола заключения по скрининговому исследованию (приложение 3).

9.3. Оценка качества интерпретации исследования (диагностические параметры)

Оценка качества интерпретации исследования (диагностические параметры) выполняется экспертом согласно его компетенции (субспециализации) по тем же параметрам, что и диагностическая ММГ (таблица 6).

9.4. Итоговая оценка

По результатам проведенной оценки качества рентгенорадиологического исследования (оценка технических и диагностических параметров, протокола исследования) эксперт выставляет одну из следующих итоговых оценок (таблица 4):

- полное соответствие;
- замечание общего характера (ЗО);
- клинически не значимые расхождения (КНЗ);
- клинически значимые расхождения (КЗ).

Алгоритм формирования итоговой оценки представлен в таблице 10.

При одновременном наличии нескольких групп изменений, относящихся к разным итоговым оценкам, итоговая оценка выставляется наиболее значимая. Матрица по итоговым оценкам в соответствии с категорией Bi-Rads представлена в таблице 11. Матрица по итоговым оценкам в соответствии с категорией по плотности представлена в таблице 12.

Таблица 10

Алгоритм формирования итоговых оценок рентгенорадиологических исследований

№	Итоговая оценка	Группа	Параметр
1.	Полное соответствие	Исследование выполнено технически правильно. Бланк протокола оформлен корректно. Эксперт согласен с интерпретацией изображения врача-рентгенолога	Выбраны параметры полное соответствие

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	P01-09-01-19	Лист 20 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	---------------

2.	Замечания общего характера	Замечание по оформлению протокола, несоответствие названию услуги выполненному исследованию, отсутствие в протоколе оценки по категории Bi-Rads	Выбран один из параметров по оформлению протокола исследования
3.	Клинически не значимое расхождение	Образование: – Доброкачественное	Ложная находка (гипердиагностика)
		Расхождение по плотности: – А-В – В-С – С-Д	Некорректная интерпретация
		Категория Bi-Rads: – В1-В2 – В2-В1 – В0 при впервые выявленном доброкачественном изменении (киста, ФА), а при экспертном чтении В2 (1 й этап)	Некорректная интерпретация
4.	Клиническое значимое расхождение	Образование: – Доброкачественное – Злокачественное	Пропуск находки (гиподиагностика)
		Расхождение по плотности – А - С – А-Д – В-Д – отсутствие данных по плотности в протоколе	Некорректная интерпретация
		Категория Bi-Rads – В0 - В1/В2 – В1-В0 – В2-В0	Некорректная интерпретация

Таблица 11
Матрица расхождений по категориям Bi-Rads

Категория, выставленная врачом-рентгенологом	Категория, выставленная экспертом		
	В0	В1	В2
В0	ПС	КЗ	КНЗ
В1	КЗ	ПС	КНЗ
В2	КЗ	КНЗ	ПС

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	P01-09-01-19	Лист 21 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	---------------

Таблица 12
Матрица расхождений по категориям по плотности АСР

Плотность, выставленная врачом-рентгенологом	Плотность, выставленная экспертом			
	А	В	С	Д
А	ПС	КНЗ	КЗ	КЗ
В	КНЗ	ПС	КНЗ	КЗ
С	КЗ	КНЗ	ПС	КНЗ
Д	КЗ	КЗ	КНЗ	ПС

Важно! Все клинически значимые расхождения учитываются в обучении врачей-рентгенологов.

10. Отчет о результатах оценки качества и алгоритм работы с возражениями

10.1. При проведении плановой оценки качества исследования

Результаты оценки качества исследований по отделению регулярно в форме отчета (таблица в автоматическом режиме) отправляются на электронную почту заведующих ОЛД.

Информация о клинически значимых расхождениях ежедневно отправляется диспетчерами ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» на электронную почту и в виде смс-уведомления заведующим ОЛД.

В случае несогласия с оценками экспертов врач-рентгенолог/руководитель отделения должен связаться в течение 15 дней с диспетчерами ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» (электронный адрес: help@prstg.ru) и в свободной форме оформить заявку о несогласии по исследованию с указанием причины несогласия и с указанием номера исследования.

По данным случаям в первую неделю месяца следующего за отчетным формируется заседание врачебной комиссии, включая экспертов, проводивших оценку качества исследований, где прорабатываются вопросы, поступившие в заявку.

По результатам работы комиссии принимается решение по заявке, фиксируемое протоколом заседания врачебной комиссии.

В тех случаях, когда обсуждение приводит к изменению оценки эксперта согласно протоколу решения врачебной комиссии, руководитель экспертной группы вносит изменения в программный модуль.

Все завершённые исследования по оценке качества хранятся в системе и используются в дальнейшем для построения обобщенных аналитических справок, подготовки отчетов и в иных целях.

Заместитель заведующего консультативного отдела ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» по направлению оценка качества исследований регулярно проводит обобщающий анализ по

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	Р01-09-01-19	Лист 22 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	---------------

итогах проведенной оценки качества исследований, формирует сводные отчеты, разрабатывает мероприятия по улучшению работы отделений, врачей- рентгенологов.

10.2. При проведении целевой оценки качества

При целевой оценке качества руководитель экспертной группы (заместитель заведующего консультативным отделом по направлению) формирует итоговый отчет, содержащий детализированную информацию о сотрудниках анализируемого отдела/ МО в формате Excel и итоговый отчет на бланке организации ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ», содержащий общую информацию по отделению с выводами по результатам оценки качества и с рекомендациями для руководителя отделения/ МО по улучшению работы отделения/ МО (приложение 4).

11. Требования к персоналу

Оценка качества рентгенорадиологических исследований, проведенных в МО любой формы собственности, осуществляется в ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» экспертами, которые сформированы в экспертную группу.

Руководитель экспертной группы обеспечивает реализацию оценки качества. В рамках данной работы в обязанности руководителя экспертной группы входит:

- 1) Контроль за организацией и планированием работы экспертов.
- 2) Контроль за обеспечением условий для выполнения экспертами поставленных задач.
- 3) Контроль за подготовкой сводных аналитических и статистических отчетов по результатам экспертной оценки.
- 4) Участие в организации мероприятий по устранению выявленных системных ошибок в работе персонала ОЛД.
- 5) Иные задачи, необходимые для реализации оценки качества.

Членами экспертной группы являются врачи-рентгенологи и рентгенолаборанты, сдавшие внутренний экзамен по определенным субспециализациям (нейрорадиология, абдоминальная, торакальная радиология и т.д.), по результатам которого определяется субспециализация врача/рентгенолаборанта и формируются автоматические настройки в программном модуле.

Порядок сдачи экзамена, состав и порядок работы экзаменационной комиссии определяется приказом директора ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ».

Требования к врачам-рентгенологам экспертной группы, привлеченным к оценке качества:

- высшее медицинское образование;
- действующий сертификат по специальности «Рентгенология»;
- непрерывный стаж работы по специальности «Рентгенология» не менее 7 лет;
- наличие высшей врачебной категории или наличие статуса «Московский врач»;
- опыт работы в многопрофильном медицинском учреждении не менее 3 лет;
- наличие ученой степени – желательно;

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	P01-09-01-19	Лист 23 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	---------------

– успешная сдача внутреннего экзамена по допуску к экспертной оценке, по результатам которого определяется специализация эксперта.

Требования к рентгенолаборантам, привлеченным к оценке качества:

- средне-специальное медицинское образование;
- действующий сертификат по специальности «Рентгенология»;
- непрерывный стаж работы по специальности «Рентгенология» в должности «Рентгенолаборант» не менее 5 лет;
- наличие 1-ой или высшей квалификационной категории;
- опыт работы в стационаре не менее 3 лет;
- успешная сдача внутреннего экзамена по допуску к оценке качества, подтверждающее квалификацию специалиста в заявленной модальности.

12. Актуализация

Данный Регламент необходимо актуализировать регулярно в течение 2-х месяцев по истечению календарного года с момента утверждения Регламента.

Внесение изменений в данный Регламент может осуществляться до истечения календарного года, с момента утверждения Регламента, на основе данных о несоответствии его содержания целям действия документа (адекватности документа).

Изменения могут быть инициированы заведующим консультативным отделом, экспертами консультативного отдела и всеми заинтересованными лицами, которые представляют свои предложения заместителю директора по медицинской части ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ». Заместитель директора ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» определяет порядок и последовательность действий по внесению изменений в данный Регламент. Изменения и дополнения вносятся в Регламент по согласованию с руководителями заинтересованных подразделений и другими должностными лицами.

В результате может быть принято решение о:

- Внесении изменений или дополнений в документ путем замены соответствующих слов, абзацев или листов и введение новой версии документа.
- Замене документа полностью и введении новой версии документа.
- Об отмене документа.
- Введении нового документа.

Вносимые изменения утверждаются директором ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» или распоряжением уполномоченного заместителя в соответствии с распределением полномочий и вводятся в действие либо приказом, либо «С даты утверждения», о чем свидетельствует запись на титульном листе документа.

Бумажная копия документа (рабочий экземпляр) заменяется на новый полностью. При замене Регламента полностью (его аннулировании) на подлиннике замененного документа делается надпись «аннулирован», указывается дата.

13. Хранение и восстановление

Хранение и восстановление действующих и архивных версий документов осуществляется в соответствии с инструкцией по делопроизводству ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ».

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	P01-09-01-19	Лист 24 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	---------------

14. Ознакомление с документом

Ознакомление с документом работников консультативного отдела происходит посредством задачи «Ознакомление с документом «Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований» в Битрикс24, согласно правилам, утвержденным Приказом ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» от 10.01.2019 № 04/1/1-2. Список персонала, которого нужно ознакомить с разработанным документом формирует его разработчик, если иное не предусмотрено в действующей инструкции по делопроизводству.

Допустимо формирование бумажной версии листа ознакомления с документом.


15. Контроль

Контроль исполнения настоящей документированной процедуры возлагается на заведующего КО.

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	P01-09-01-19	Лист 25 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	---------------

Приложение 1
(обязательное)

Шаблон бланка протокола первичного описания исследования

ГБУЗ «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий ДЗМ города Москвы»							
Модальность Рентген		Область исследования Выберите элемент.					
Дата исследования	Нет данных	Исследование выполнено	Нет данных	 РАДИОЛОГИЯ МОСКВЫ			
Паспортная часть							
Фамилия		Имя		Отчество			
№ исследования		Пол	Мужской	Дата рождения	14.09.1983	Возраст	
Клиническая информация							
Краткий анамнез		Нет данных					
Первичное/Повторное исследование		Выберите элемент.					
Наличие предыдущих исследований		Да/Нет					
Цель исследования (диагноз)		Нет данных					
Технические особенности							
Наименование медицинской техники							
Эффективная доза							
Ограничения визуализации		Да					
Примечания		Нет					
Контрастный препарат							
Пероральный (название, дозировка)				Аллергическая реакция			
Внутривенный (название, дозировка)				Аллергическая реакция			
Описание							
Заключение							
Рекомендации							
Дата		Врач – рентгенолог (Ф.И.О.)			Подпись		
Москва, ул. Расковой 16/26 стр. 1		uko@rscmr.org.ru			тел/ф. +7(495)276-04-38		

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	P01-09-01-19	Лист 26 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	---------------

Приложение 2
(обязательное)

Протокол шаблона описания исследования маммографии по диагностической маммографии

Протокол ММГ в 2-х стандартных проекциях (Rcc, Lcc, Robl, Lobl)

Ф.И.О. пациента

Возраст

Диагноз

День цикла

<u>Правая молочная железа</u>	<u>Левая молочная железа</u>
Наличие протезов:	Наличие протезов:
Тип плотности тканей молочных желез по ACR:	Тип плотности тканей молочных желез по ACR:
Кожа, сосок и ареола:	Кожа, сосок и ареола:
Структура ткани:	Структура ткани:
Кальцинаты доброкачественные:	Кальцинаты доброкачественные:
<ul style="list-style-type: none"> • Квадранты • Распределение 	<ul style="list-style-type: none"> • Квадранты • Распределение
Кальцинаты подозрительные:	Кальцинаты подозрительные:
<ul style="list-style-type: none"> • Квадранты • Распределение 	<ul style="list-style-type: none"> • Квадранты • Распределение
Асимметрия структуры:	Асимметрия структуры:
<ul style="list-style-type: none"> • Квадранты 	<ul style="list-style-type: none"> • Квадранты
Узловые образования:	Узловые образования:
<ul style="list-style-type: none"> • Форма, контуры, плотность • Квадранты • Зоны 	<ul style="list-style-type: none"> • Форма, контуры, плотность • Квадранты • Зоны

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	P01-09-01-19	Лист 27 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	---------------

<p>Нарушение архитектоники ткани:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Квадранты <p>Интрамаммарные лимфатические узлы:</p> <p>Аксиллярные лимфатические узлы:</p>	<p>Нарушение архитектоники ткани:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Квадранты <p>Интрамаммарные лимфатические узлы:</p> <p>Аксиллярные лимфатические узлы:</p>
<p>Заключение: Краткое описание выявленной патологии с указанием вероятностного диагноза и указание категории Bi-Rads. При различных категориях Bi-Rads в молочных железах, указывают категорию для каждой.</p>	
<p>Рекомендации: указать в заключении и конкретный неинвазивный или инвазивный метод дообследования.</p>	

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	P01-09-01-19	Лист 28 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	---------------

Приложение 3
(обязательное)

Протокол шаблона описания исследования маммографии по скринингу

Описание:

1. Качество выполненного исследования по системе PGMI.
2. Рентгенологическая плотность структуры по ACR.
3. При обнаружении патологии врач-рентгенолог сохраняет как ключевое изображение с отметкой патологии, которое автоматически отображается в протоколе описания.

Заключение:

Отображается текстовое поле: прописывают выявленные изменения с указанием категории BI-RADS (0-1-2), при различных категориях Bi-Rads указывают для каждой с рекомендациями при необходимости метода дообследования.

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	P01-09-01-19	Лист 29 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	---------------

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
"ДЦ № 3 филиал № 4 " Департамента здравоохранения города Москвы"

Диагностический центр №3, Филиал №4

Скрининг рака молочной железы с помощью маммографии

Дата исследования: **27-12-2011 12:54** Исследование № **AGFA000001564015**

ФИО пациента: **Тест Скрининг Автозаполнение**

Дата рождения:

Пол:

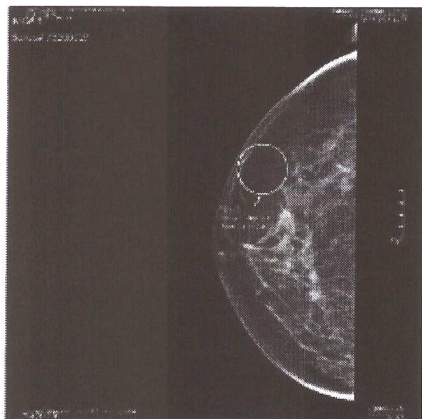
ID пациента:

AG01169108

ОПИСАНИЕ

Качество выполненного исследования по системе PGMI: P

Рентгенологическая плотность структуры по ACR: A




ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Категория BI-RADS: 0 (требуется дополнительное обследование)

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» Консультативный отдел	Регламент о порядке проведения оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований	P01-09-01-19	Лист 30 из 30
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	---------------

Приложение 4
(обязательное)

Итоговый отчет оценки качества исследований ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ»

ГБУЗ «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий ДЗМ города Москвы»			
Модальность			 РАДИОЛОГИЯ МОСКВЫ
Вид услуги	Оценка качества исследований		
Дата проведения	Нет данных	Медицинская организация	
Основная часть			
Форма оценки качества (плановая/целевая)		Нет данных	
Цель оценки качества исследований			
Количество исследований для оценки			
Количество врачей для оценки			
Сводный анализ выполнения исследований (технические параметры)			
Сводный анализ оформлений протоколов			
Сводный анализ интерпретации исследований			
Заключение по результатам оценки качества исследований			
Рекомендации			
Дата	Врач – рентгенолог (Ф.И.О.)	Подпись	
Москва, ул. Ресковской 16/26 стр. 1		info@rprcmf.org.ru	тел./ф. +7(495)276-04-36