Medicininės radiologijos
klinikinio audito organizavimo
ir atlikimo tvarkos aprašo
3 priedas

MEDICININĖS RADIOLOGIJOS KLINIKINIO AUDITO RADIOLOGINĖS DIAGNOSTIKOS IR (AR) INTERVENCINĖS RADIOLOGIJOS SRITYJE KLAUSIMYNAS

_____
Užpildymo data

BENDRA INFORMACIJA APIE MEDICININĖS RADIOLOGIJOS KLINIKINĮ AUDITĄ UŽSAKIUSIĄ ĮSTAIGĄ (TOLIAU – AUDITĄ UŽSAKANTI ĮSTAIGA)

Eil. Nr.	**Auditą užsakančios įstaigos:**		**Auditą užsakančios įstaigos informacija**
1.	Pavadinimas:		*Įrašyti auditą užsakančios įstaigos pavadinimą*
2.	Adresas:		*Įrašyti auditą užsakančios įstaigos adresą*
3.	Kontaktinis asmuo		*Įrašyti kontaktinio asmens vardą, pavardę ir pareigas*
4.	Telefono numeris:		*Įrašyti kontaktinio asmens telefono numerį*
5.	El. pašto adresas:		*Įrašyti pagrindinio kontaktinio asmens el. pašto adresą*
6.	Audito data		*Įrašyti Audito datą*
		Pastabos:	

INFORMACIJA APIE AUDITO GRUPĘ

Eil. Nr.	**Audito grupės nario profesinė kvalifikacija**	**Audito grupės nario vardas ir pavardė**
1.	Gydytojas radiologas	*Įrašyti Audito grupės nario gydytojo radiologo vardą ir pavardę*
2.	Medicinos fizikas	*Įrašyti Audito grupės nario medicinos fiziko vardą ir pavardę*
3.	Radiologijos technologas	*Įrašyti Audito grupės nario radiologijos technologo vardą ir pavardę*
4.	Kiti (jeigu būtina pasitelkti)	*Įrašyti vardą, pavardę ir profesinę kvalifikaciją*
Pastabos:		

INFORMACIJA APIE ASMENIS, DALYVAVUSIUS PILDANT IR VERTINANT ATSAKYMUS Į KLAUSIMUS

Klausimyno klausimų grupės numeris	**Auditą užsakančios įstaigos darbuotojas, atsakingas už klausimų pildymą**	**Audito grupės narys, vertinęs atsakymus į klausimus**
1	*Darbuotojo, atsakingo už 1-osios grupės klausimų pildymą, vardas ir pavardė*	*Audito grupės nario, vertinusio 1-osios grupės klausimus, vardas ir pavardė*
2	*Darbuotojo, atsakingo už 2-osios grupės klausimų pildymą, vardas ir pavardė*	*Audito grupės nario, vertinusio 2-osios grupės klausimus, vardas ir pavardė*
3	*Darbuotojo, atsakingo už 3-iosios grupės klausimų pildymą, vardas ir pavardė*	*Audito grupės nario, vertinusio 3-iosios grupės klausimus, vardas ir pavardė*
4	*Darbuotojo, atsakingo už 4-osios grupės klausimų pildymą, vardas ir pavardė*	*Audito grupės nario, vertinusio 4-osios grupės klausimus, vardas ir pavardė*
5	*Darbuotojo, atsakingo už 5-osios grupės klausimų pildymą, vardas ir pavardė*	*Audito grupės nario, vertinusio 5-osios grupės klausimus, vardas ir pavardė*
6	*Darbuotojo, atsakingo už 6-osios grupės klausimų pildymą, vardas ir pavardė*	*Audito grupės nario, vertinusio 6-osos grupės klausimus, vardas ir pavardė*
7	*Darbuotojo, atsakingo už 7-osios grupės klausimų pildymą, vardas ir pavardė*	*Audito grupės nario, vertinusio 7-osios grupės klausimus , vardas ir pavardė*
8	*Darbuotojo, atsakingo už 8-osios grupės klausimų pildymą, vardas ir pavardė*	*Audito grupės nario, vertinusio 8-osios grupės klausimus, vardas ir pavardė*
9	*Darbuotojo, atsakingo už 9-osios grupės klausimų pildymą, vardas ir pavardė*	*Audito grupės nario, vertinusio 9-osios grupės klausimus, vardas ir pavardė*
10	*Darbuotojo, atsakingo už 10-osios grupės klausimų pildymą, vardas ir pavardė*	*Audito grupės nario, vertinusio 10-osios grupės klausimus, vardas ir pavardė*
Pastabos:		

KLAUSIMYNAS

1 klausimų grupė. Strategija ir politika

1 lentelė. Strategijos ir politikos vertinimas.

Eil. Nr.	Audito grupės audituojamos sritys, klausimai ir teiginiai	Taip	Iš dalies	Ne	Netai-kytina	Komentarai
1.1.	Ar auditą užsakančioje įstaigoje yra paslaugų kokybės vadybos sistema?	☐	☐	☐	☐	
1.2.	Ar auditą užsakančios įstaigos darbuotojai dalyvauja mokymo procese ir moksliniuose tyrimuose?	☐	☐	☐	☐	
1.3.	Ar auditą užsakančios įstaigos skiriami ištekliai atitinka poreikius nustatytiems tikslams pasiekti	☐	☐	☐	☐	
1.4.	Ar auditą užsakančios įstaigos radiologinės diagnostikos ir (ar) intervencinės radiologijos padalinys (toliau – radiologijos padalinys) turi metinį veiklos planą	☐	☐	☐	☐	
1.5.	Ar radiologijos padaliniui nustatyti ilgalaikiai tikslai. Ar auditą užsakančioje įstaigoje yra informacija apie radiologijos padalinio veiklos tendencijas?	☐	☐	☐	☐	
Išvados ir rekomendacijos:						

2 klausimų grupė. Administravimas ir kokybės vadyba

2 lentelė. Administravimo ir kokybės vadybos vertinimas.

Eil. Nr.	Audito grupės audituojamos sritys, klausimai ir teiginiai	Taip	Iš dalies	Ne	Netai-kytina	Komentarai
2.1.	Radiologijos padalinyje suteiktų skubios pagalbos paslaugų skaičius per metus, teikimo tvarka	*Įrašyti*				

2.2.	Radiologijos padalinyje suteiktų planinės pagalbos paslaugų skaičius per metus, teikimo tvarka	*Įrašyti*				
2.3.	Ar radiologijos padalinys aprūpintas reikalingais žmogiškaisiais ištekliais? Ar vykdomas personalo planavimas?	☐	☐	☐	☐	
2.4.	Ar radiologijos padalinys turi paslaugų plėtros planus	☐	☐	☐	☐	
2.5.	Ar radiologijos padalinyje įdiegta kokybės vadybos sistema? Ar paskirtas kokybės vadybininkas?	☐	☐	☐	☐	
2.6.	Ar nustatytos radiologijos padalinio darbuotojų funkcijos ir atsakomybės kokybės vadybos sistemoje?	☐	☐	☐	☐	
2.7.	Ar radiologijos padalinyje vykdomas kokybės vadovo peržiūros procesas?	☐	☐	☐	☐	
2.8.	Ar radiologijos padalinyje yra Kokybės audito programa?	☐	☐	☐	☐	
Išvados ir rekomendacijos:						

3 klausimų grupė. Žmogiškųjų išteklių valdymas ir plėtra

3 lentelė. Radiologijos padalinio žmogiškųjų išteklių valdymo ir plėtros vertinimas.

Eil. Nr.	Audito grupės audituojamos sritys, klausimai ir teiginiai	Taip	Iš dalies	Ne	Netai-kytina	Komentarai
3.1.	Ar darbuotojai įdarbinti nuolatiniam darbui visu etatu	☐	☐	☐	☐	
3.2.	Ar darbuotojai atvyksta dirbti tam tikromis dienomis, tam tikru laiku?	☐	☐	☐	☐	
3.3.	Ar personalo kvalifikacija atitinka nustatytus reikalavimus (turi galiojančią licenciją, papildomai pasirengę ir t.	☐	☐	☐	☐	

	t.)?					
3.4.	Ar nauji radiologijos padalinio darbuotojai yra apmokomi? Ar paskirti juos prižiūrintys darbuotojai?	☐	☐	☐	☐	
3.5.	Ar darbuotojai dalyvauja profesinės kvalifikacijos tobulinimo mokymuose?	☐	☐	☐	☐	
3.6.	Ar kasmet atliekamas darbuotojų veiklos vertinimas?	☐	☐	☐	☐	
3.7.	Radiologijos padalinio darbuotojų ir etatų skaičius	*Įrašyti*				
3.8.	Ar paskirtas už mokymus ir kvalifikacijos kėlimą atsakingas radiologijos padalinio darbuotojas?	☐	☐	☐	☐	
3.9.	Ar auditą užsakanti įstaiga vykdo politiką mokymuose dalyvaujančius darbuotojus atleisti nuo klinikinių pareigų?	☐	☐	☐	☐	
3.10.	Ar radiologijos padalinio darbuotojams sudaryta galimybė naudotis profesine literatūra, internetu ir kompiuterine technika?	☐	☐	☐	☐	
Išvados ir rekomendacijos:						

4 klausimų grupė. Radiologijos padalinio infrastruktūra

4 lentelė. Radiologijos padalinio infrastruktūros vertinimas.

Eil. Nr.	Audito grupės audituojamos sritys, klausimai ir teiginiai	Taip	Iš dalies	Ne	Netai-kytina	Komentarai
	Radiologijos padalinio patalpos:					
4.1.	Švarios ir tvarkingos	☐	☐	☐	☐	
4.2.	Užtikrintas pacientų komfortas, privatumas ir specialieji poreikiai	☐	☐	☐	☐	
4.3.	Ar užtikrinta pacientų priežiūra, judėjimas ir patogus įėjimas?	☐	☐	☐	☐	
4.4.	Ar yra medicinos priemonių (prietaisų) poreikio	☐	☐	☐	☐	

	planavimo, pirkimo, veikimo patikrinimo politika?					
	Radiologijos padalinio medicinos priemonės (prietaisai):					
4.5.	Ar yra radiologijos paslaugoms teikti reikalingos medicinos priemonės (prietaisai)?	☐	☐	☐	☐	
4.6.	Prietaisų tipai ir jų skaičius: - vaizdų gavimo įrangos - programinės įrangos - pagalbinės įrangos - kokybės kontrolės įrangos - dozimetrinės įrangos - medicinos priemonių (prietaisų)	*Įrašyti*				
4.7.	Ar vykdomos medicinos priemonių (prietaisų) kokybės užtikrinimo procedūros: - prieš naudojant - nuolatinė kokybės kontrolė ir techninė priežiūra - sauga ir infekcijų kontrolė.	☐	☐	☐	☐	
4.8.	Ar yra medicinos priemonių (prietaisų) techninės priežiūros įrašai	☐	☐	☐	☐	
4.9.	Ar darbuotojai apmokomi dirbti su medicinos prietaisais (priemonėm) (apmokytų darbuotojų sąrašas)	☐	☐	☐	☐	
4.10.	Ar teikiant radiologijos paslaugas užtikrinama pacientų asmens duomenų apsauga?	☐	☐	☐	☐	
4.11.	Ar laikomasi asmens duomenų apsaugos reikalavimų? Ar daromos atsarginės duomenų kopijos? Ar laikomasi auditą užsakančioje įstaigoje patvirtintų asmens duomenų apsaugos procedūrų?	☐	☐	☐	☐	
4.12.	Ar radiologijos padalinyje yra patvirtinta medicinos priemonių (prietaisų) planavimo, pirkimo, naudojimo ir pakeitimo	☐	☐	☐	☐	

	politika ir procedūros?					
4.13.	Ar radiologijos padalinyje laikomasi nustatytų medicinos priemonių (prietaisų) planavimo, pirkimo, naudojimo ir pakeitimo procedūrų?	☐	☐	☐	☐	
	Radiologijos padalinio medicinos priemonių (prietaisų) aprašas					
4.14.	Radiologijos padalinyje yra ši įranga: - vaizdų gavimo - programinė - pagalbinė - kokybės kontrolės - dozimetrinė - medicinos priemonės (prietaisai) - skirta administracinėms funkcijoms atlikti	☐	☐	☐	☐	
4.15.	Ar radiologijos padalinyje yra ir naudojamasi medicinos priemonių (prietaisų) instrukcijomis lietuvių kalba?	☐	☐	☐	☐	
4.16.	Kokios naudojamos kontrastinės medžiagos, vaistai ir medicininės dujos?	*Įrašyti*				
4.17.	Ar radiologijos padalinyje yra taikomi implantuojamųjų medicinos priemonių (prietaisų) atsekamumo metodai ir ar procedūros registruojamos žurnale?	☐	☐	☐	☐	
4.18.	Ar yra tiekiamos srovės apsauga (UPS)?	☐	☐	☐	☐	
4.19.	Ar yra informacinių technologijų tinklas, palaikymo, saugojimo ir atsarginių kopijų tvarkymo įrenginiai?	☐	☐	☐	☐	
	Radiologijos padalinio dokumentų valdymas					
4.20.	Ar yra pagrindinių naudojamų dokumentų sąrašas?	☐	☐	☐	☐	
4.21.	Ar yra pagrindinių naudojamų dokumentų sąrašo unikalus identifikatorius?	☐	☐	☐	☐	
4.22.	Ar užtikrintas tinkamas	☐	☐	☐	☐	

	dokumentų nukreipimas darbuotojams ir dokumentų prieinamumas?					
4.23.	Ar naudojami dokumentai atnaujinami?	☐	☐	☐	☐	
4.24.	Ar radiologijos padalinyje patvirtinta dokumentų peržiūros politika bei procedūros?	☐	☐	☐	☐	
	Radiologijos padalinio pacientų duomenų konfidencialumas, grįžtamasis ryšys ir skundai					
4.25.	Ar yra patvirtinta paciento duomenų konfidencialumo politika ir procedūros ir ar jų laikomasi?	☐	☐	☐	☐	
4.26.	Ar su darbuotojais sudarytos konfidencialumo sutartys?	☐	☐	☐	☐	
4.27.	Ar yra patvirtinta pacientų skundų valdymo politika ir procedūros ir ar jų laikomasi?	☐	☐	☐	☐	
4.28.	Ar vykdoma skundų apskaita (skundų įrašai), jų analizavimas ir atliekami veiksmai į juos reaguoti ir tobulinti veiklą?	☐	☐	☐	☐	
	Radiologijos padalinio komunikacija					
4.29.	Komunikacijos radiologijos padalinyje mechanizmas ir efektyvumas	*Įrašyti*				
4.30.	Ar yra darbui reikalingi dokumentai ir ar jie prieinami darbuotojams?	☐	☐	☐	☐	
4.31.	Ar yra darbui reikalingos informacinės technologijos ir ar jos prieinami darbuotojams?	☐	☐	☐	☐	
4.32.	Ar radiologijos padalinio darbuotojai žino auditą užsakančios įstaigos ir radiologijos padalinio politiką ir atliekamas procedūras?	☐	☐	☐	☐	
	Nelaimingų atsitikimų ir incidentų radiologijos padalinyje valdymas					
4.33.	Ar yra nustatyta (patvirtintas atitinkamas dokumentas) nepageidaujamų įvykių apskaitos tvarka ir procedūros: registravimas, analizė ir reagavimas?	☐	☐	☐	☐	

	Ar jų laikomasi?					
4.34.	Ar yra nepageidaujamų įvykių registravimo žurnalas?	☐	☐	☐	☐	
4.35.	Ar radiologijos padalinyje atliekami veiklos gerinimo veiksmai?	☐	☐	☐	☐	
Išvados ir rekomendacijos:						

5 klausimų grupė. Su pacientais susijusios procedūros

5 lentelė. Su pacientais susijusių procedūrų vertinimas.

Eil. Nr.	Audito grupės audituojamos sritys, klausimai ir teiginiai	Taip	Iš dalies	Ne	Netai-kytina	Komentarai
	Paciento nukreipimas radiologiniam tyrimui į radiologijos padalinį (siuntimas)					
	Tyrimo tinkamumo ir pagrįstumo vertinimas					
5.1.	Ar radiologijos padalinyje yra patvirtinta atrankinės patikros tyrimų atlikimo tvarka?	☐	☐	☐	☐	
5.2.	Ar radiologijos padalinyje atliekamas siuntimo tyrimui pagrįstumo vertinimas?	☐	☐	☐	☐	
5.3.	Ar radiologijos padalinyje atliekamas siuntime nurodyto radiologinio tyrimo rūšies pagrįstumo vertinimas?	☐	☐	☐	☐	
5.4.	Ar gydytojas radiologas priima sprendimus dėl siuntime nurodytos tyrimo indikacijos ir (ar) tyrimo rūšies pakeitimo?	☐	☐	☐	☐	
5.5.	Ar radiologijos padalinyje yra patvirtintos radiologinių tyrimų kontraindikacijos ir procedūros, kaip elgtis joms esant. Ar pacientui prieinama ši informacija?	☐	☐	☐	☐	
	Siuntimo tyrimui kokybės vertinimas					

5.6.	Ar visais atvejais užpildoma ir ar tinkamai užpildoma paciento sutikimo radiologiniam tyrimui forma?	☐	☐	☐	☐	
5.7.	Ar tinkamai užpildomi siuntimai radiologiniams tyrimams (užpildytos visos grafos; pateikta informacija yra išsami) (pagal sveikatos apsaugos ministro įsakymą Nr. V-636):	☐	☐	☐	☐	
5.7.1.	bendroji dalis (siuntimą išdavusi įstaiga, data, pacientą identifikuojanti informacija)					
5.7.2.	klinikinė informacija (istorija, tyrimo indikacija, informacija apie kontraindikacijas ir kt.)	☐	☐	☐	☐	
5.7.3.	paciento priklausymas grupei, kuri reikalauja didesnio dėmesio (kūdikis, vaikas, nėščioji, dažnai tiriamas pacientas)	☐	☐	☐	☐	
5.7.4.	siuntimo tikslas ir tikslumas (kūno dalis, pusė ir kt.)	☐	☐	☐	☐	
5.7.5.	siunčiančio asmens parašas, kontaktinė informacija	☐	☐	☐	☐	
5.8.	Ar radiologijos padalinyje yra nustatyta (patvirtintas atitinkamas dokumentas) siuntimo patikrinimo prieš atliekant tyrimą tvarka (ar siuntimą išdavė specialistas pagal kompetenciją ir pan.) ir ar jos laikomasi?	☐	☐	☐	☐	
5.9.	Ar radiologijos padalinyje yra nustatyta tvarka (patvirtintas atitinkamas dokumentas), kokie veiksmai atliekami, jeigu siuntimas neatitinka išdavimo, pildymo reikalavimų ir ar jos laikomasi?	☐	☐	☐	☐	

	Paciento informavimo (sutikimo gavimo) vertinimas					
5.10.	Ar radiologijos padalinyje laikomasi tinkamo paciento informavimo reikalavimų. Ar informavimo turinys tinkamas ir išsamus?	☐	☐	☐	☐	
5.11.	Ar radiologijos padalinyje laikomasi paciento sutikimo atlikti tyrimą gavimo reikalavimų?	☐	☐	☐	☐	
5.12.	Ar radiologijos padalinio darbuotojai aptaria su pacientu jam atliktino tyrimo procesą, galimą riziką ir kt.?	☐	☐	☐	☐	
	Paciento duomenų įvertinimo ir paruošimo tyrimui vertinimas					
5.13.	Ar prieš tyrimą atliekamas informacijos apie pacientui pavojingų ir saugumą lemiančių klinikinių būklių (pvz., alergijų ar inkstų nepakankamumo) įvertinimas, identifikuojamos tyrimo kontraindikacijos?	☐	☐	☐	☐	
5.14.	Ar radiologijos padalinyje yra nustatyta (patvirtinti atitinkami dokumentai) pacientui pavojingų ir saugumą lemiančių klinikinių būklių įvertinimo tvarka ir procedūros ir ar jų laikomasi?	☐	☐	☐	☐	
5.15.	Ar radiologijos padalinyje yra nustatyta (patvirtintas atitinkamas dokumentas) paciento specialaus paruošimo tyrimo (pvz., nevalgymo ir kt.) tvarka ir procedūros ir ar jų laikomasi?	☐	☐	☐	☐	
	Tyrimo planavimo vertinimas					
5.16.	Ar radiologijos padalinio darbuotojai dalyvauja mokymuose, konferencijose, skirtose tyrimo planavimo klausimams?	☐	☐	☐	☐	

	Ar auditą organizuojanti įstaiga skiria lėšų mokymams?					
5.17.	Ar radiologijos padalinyje yra patvirtintas protokolas, nustatantis ir aprašantis tyrimo laukimo laiką, atsižvelgiant į tyrimo neatidėliotinumą, skubumą ir kt., ir ar protokolo laikomasi?	☐	☐	☐	☐	
5.18.	Ar radiologijos padalinyje yra patvirtintas protokolas, nustatantis ir aprašantis atlikto tyrimo aprašymo terminą, atsižvelgiant į tyrimo neatidėliotinumą, skubumą, tyrimo aprašymo turinį, ir ar protokolo laikomasi?	☐	☐	☐	☐	
5.19.	Ar radiologijos padalinyje yra patvirtintas protokolas, nustatantis ir aprašantis anksčiau atliktų tyrimų vaizdų ir aprašymų gavimo tvarką, ir ar protokolo laikomasi?	☐	☐	☐	☐	
5.20.	Ar radiologijos padalinyje yra bylų, radiologinių tyrimų, jų vaizdų su aprašymais saugojimo vieta?	☐	☐	☐	☐	
5.21.	Ar radiologijos padalinyje yra patvirtintas protokolas, nustatantis radiologinių tyrimų vaizdų ir jų aprašymo gavimo tvarką, ir ar protokolo laikomasi?	☐	☐	☐	☐	
5.22.	Ar radiologijos padalinyje vykdoma tyrimų atlikimo tvarkos efektyvumo stebėsena ir vertinimas?	☐	☐	☐	☐	
	Paciento identifikavimo procedūros vertinimas					
5.23.	Ar radiologijos padalinyje yra nustatyta (patvirtintas atitinkamas dokumentas) paciento identifikavimo prieš radiologinį tyrimą tvarka ir ar jos laikomasi?	☐	☐	☐	☐	
5.24.	Ar radiologijos padalinyje	☐	☐	☐	☐	

	yra nustatyta (patvirtintas atitinkamas dokumentas) siuntimo patikrinimo tvarka ir ar jos laikomasi?					
5.25.	Ar radiologijos padalinyje yra nustatyta (patvirtintas atitinkamas dokumentas) pacientui paskirto tyrimo atlikimo metodikos parinkimo tvarka, ar ji tinkama ir ar jo laikomasi?	☐	☐	☐	☐	
5.26.	Ar už tyrimo atlikimą atsakingas gydytojas patikrina, ar atlikta paciento identifikavimo procedūra ir paskirto tyrimo vertinimas?	☐	☐	☐	☐	
5.27.	Ar radiologijos padalinyje yra nustatyta (patvirtintas atitinkamas dokumentas) tvarka, reglamenuojanti veiksmus, kuriuos reikia atlikti, jei atliekamo planinio tyrimo metu randama paciento gyvybei pavojingų radinių?	☐	☐	☐	☐	
	Radiologiniai tyrimai					
	Paciento duomenų konfidencialumo ir fizinio privatumo užtikrinimo vertinimas					
5.28.	Ar radiologijos padalinyje yra nustatyta (patvirtintas atitinkamas dokumentas) paciento informacijos saugumo ir konfidencialumo užtikrinimo tvarka?	☐	☐	☐	☐	
5.29.	Ar radiologijos padalinyje yra nustatyta (patvirtintas atitinkamas dokumentas) paciento fizinio privatumo užtikrinimo tvarka?	☐	☐	☐	☐	
5.30.	Ar radiologijos padalinyje yra nustatyta (patvirtintas atitinkamas dokumentas) paciento medicinos dokumentų, pastabų, įrašų ir kt. tvarkymo tvarka ir ar jos laikomasi?	☐	☐	☐	☐	
5.31.	Ar radiologijos padalinio patalpos (laukiamasis, apžiūros kabinetas, tyrimo	☐	☐	☐	☐	

	patalpa ir kt.) suplanuotos ir naudojamos taip, kad būtų užtikrinamas paciento fizinis privatumas?					
5.32.	Ar radiologijos padalinio darbuotojai informuoti apie padalinyje nustatytas ir taikomas tvarkas?	☐	☐	☐	☐	
5.33.	Ar radiologijos padalinio darbuotojai laikosi nustatytos paciento konfidencialumo užtikrinimo tvarkos?	☐	☐	☐	☐	
5.34.	Ar radiologijos padalinio darbuotojai laikosi nustatytos paciento fizinio privatumo tvarkos?	☐	☐	☐	☐	
	Radiologinių tyrimų metodų taikymo vertinimas					
5.35.	Ar radiologijos padalinyje yra atliekamų radiologinių tyrimų atlikimo aprašai ir techniniai protokolai: - rentgenografijos - rentgenoskopijos - mamografijos - kompiuterinės tomografijos - magnetinio rezonanso tomografijos - kt.	☐	☐	☐	☐	
5.36.	Ar radiologijos padalinyje yra patvirtinti specifinėms pacientų grupėms (pvz., vaikams, neįgaliesiems, nėščiosioms ir kt.) atliekamų radiologinių tyrimų atlikimo aprašai ir techniniai protokolai?	☐	☐	☐	☐	
5.37.	Ar radiologinio padalinio darbuotojai yra supažindinti su paciento medicininės apšvitos optimizavimo rekomendacijomis (pavyzdine atlikimo praktika) ir ar jos yra prieinamos darbuotojams?	☐	☐	☐	☐	
5.38.	Ar radiologinio padalinio darbuotojai laikosi paciento medicininės	☐	☐	☐	☐	

	apšvitos optimizavimo rekomendacijų?					
5.39.	Ar radiologinio padalinio darbuotojams yra prieinami atliekamų radiologinių tyrimų aprašai ir techniniai protokolai?	☐	☐	☐	☐	
5.40.	Ar radiologinio padalinio darbuotojai laikosi nustatytų radiologinių tyrimų aprašų ir procedūrų?	☐	☐	☐	☐	
5.41.	Ar už tyrimą atsakingas gydytojas ir radiologijos technologas pritaiko atliekamo tyrimo aprašo reikalavimus individualiam pacientui ir atsižvelgdamas į tai, kokiai specifinei grupei pacientas priklauso (nėščiosios, vaikai ir kt.)?	☐	☐	☐	☐	
5.42.	Ar radiologijos padalinio stažuotojai, rezidentai, radiologijos technologai yra apmokomi teikti paslaugas, ar yra paskirti juos mokantys darbuotojai?	☐	☐	☐	☐	
5.43.	Ar atliktų radiologinių tyrimų vaizdai ženklinami tinkamai ir išsamiai? Ar pateikta informacija apie: - medicinos priemonę (prietaisą) - gydytoją radiologą - radiologijos technologą - pacientą - tyrimo techninius parametrus - naudotą kontrastinę medžiagą - kontraindikacijas - nepageidaujamas reakcijas - taikytą paciento slopinimą - naudotus vaistus - kt.	☐	☐	☐	☐	

5.44.	Ar atliktų tyrimų vaizdai aprašomi išsamiai ir įrašai paciento medicinos dokumentuose yra išsamūs?	☐	☐	☐	☐	
5.45.	Ar radiologijos padalinyje yra nustatyta (patvirtintas atitinkamas dokumentas) infekcijų kontrolės tvarka ir ar jos laikomasi?	☐	☐	☐	☐	
5.46.	Ar infekcijų kontrolės tvarka yra išsami (švaros palaikymas, atliekų tvarkymas, aštrių atliekų tvarkymas, naudojami aseptikos, sterilizavimo metodai, sterilizacijos tvarka ir kt.)?	☐	☐	☐	☐	
	Paciento sveikatos būklės stebėsenos, sedacijos (anestezijos) ir kontrastinių medžiagų naudojimo vertinimas					
5.47.	Ar radiologijos padalinyje yra nustatyta (patvirtintas atitinkamas dokumentas) paciento sveikatos būklės stebėsenos radiologinio tyrimo metu tvarka (stebimi rodikliai, periodiškumas ir kt.) ir ar jos laikomasi?	☐	☐	☐	☐	
5.48.	Ar radiologijos padalinyje yra nustatyta (patvirtintas atitinkamas dokumentas) radiologinių tyrimų metu atliekamos sedacijos (anestezijos) tvarka (personalas, įranga, valdymas ir kt.) ir ar jos laikomasi?	☐	☐	☐	☐	
5.49.	Ar radiologijos padalinyje yra nustatyta (patvirtintas atitinkamas dokumentas) kontrastinių medžiagų naudojimo radiologinių tyrimų metu tvarka ir ar jos laikomasi?	☐	☐	☐	☐	
5.50.	Ar radiologijos padalinyje yra nustatyta (patvirtintas atitinkamas dokumentas) kritinių įvykių tyrimo metu (šokas, šalutinis	☐	☐	☐	☐	

	poveikis, komplikacija ir kt.) valdymo tvarka (personalas, naudojama įranga, valdymas ir kt.) ir ar jos laikomasi?					
5.51.	Ar radiologijos padalinio darbuotojams yra organizuojami mokymai kritinių įvykių valdymo tema?	☐	☐	☐	☐	
Išvados ir rekomendacijos:						

6 klausimų grupė. Diagnostinės procedūros

6 lentelė. Diagnostinių procedūrų ir radiologinių vaizdų kokybės vertinimas.

Eil. Nr.	Audito grupės audituojamos sritys, klausimai ir teiginiai	Taip	Iš dalies	Ne	Netai-kytina	Komentarai
6.1.	Ar radiologinių tyrimų vaizdo kokybė (ryškumas, kontrastiškumas, kontrastavimas, anatominių dalių apimtis, rekonstrukcija ir kt.) atitinka atitinkamo radiologinio tyrimo atlikimo tvarkos aprašą ir techninį protokolą?	☐	☐	☐	☐	
6.2.	Ar radiologinį tyrimą atliekantys darbuotojai supranta, kokie veiksniai turi įtakos radiologinio vaizdo kokybei?	☐	☐	☐	☐	
6.3.	Ar radiologijos technologas atlieka radiologinio vaizdo kokybės kontrolės bandymus?	☐	☐	☐	☐	
6.4.	Ar gydytojas radiologas ir radiologijos technologas žino radiologinio vaizdo kokybės vertinimo kriterijus?	☐	☐	☐	☐	
6.5.	Ar radiologijos padalinyje atliekamas radiologinių vaizdų kokybės auditas, daromi audito įrašai ir analizuojami nekokybiškai	☐	☐	☐	☐	

	atlikti vaizdai ir pakartotinio vaizdų atlikimo priežastys?					
6.6.	Ar esant rekomendacijų dėl radiologinio vaizdo kokybės gerinimo apie tai informuojamas atitinkamas radiologijos padalinio darbuotojas?	☐	☐	☐	☐	
6.7.	Ar apie atlikto radiologinio tyrimo vaizdo kokybę gydytojas radiologas informuoja radiologijos technologą ir atvirkščiai? Aprašyti tvarką	☐	☐	☐	☐	
Išvados ir rekomendacijos:						

7 klausimų grupė. Radiologinių vaizdų aprašymas

7 lentelė. Radiologinių vaizdų aprašymo vertinimas.

Eil. Nr.	Audito grupės audituojamos sritys, klausimai ir teiginiai	Taip	Iš dalies	Ne	Netai-kytina	Komentarai
	Radiologinio tyrimo vaizdo aprašymas					
7.1.	Ar radiologinio padalinio darbuotojai turi galimybę susipažinti su konkretaus paciento anksčiau atliktų radiologinių tyrimų vaizdais ir jų aprašymais, kai informacijos reikia aprašant atlikto radiologinio tyrimo vaizdą, rengiant išvadas?	☐	☐	☐	☐	
7.2.	Ar radiologinio tyrimo aprašymai yra išsamūs:	☐	☐	☐	☐	
7.2.1.	pateikta bendra informacija apie pacientą ir atlikti tyrimo siuntusį gydytoją, aprašymas pasirašytas gydytojo, nurodyta aprašymo data	☐	☐	☐	☐	
7.2.2.	aprašyta klinikinė (-ės) tyrimo atlikimo indikacija (-os) ir pateikta tyrimo informacija	☐	☐	☐	☐	
7.2.3.	aprašyti tyrimo radiniai, jų reikšmė	☐	☐	☐	☐	
7.2.4.	pateiktos išvados ir	☐	☐	☐	☐	

	rekomendacijos					
7.2.5.	aprašytos nepageidaujamos reakcijos, incidentai ir kt.	☐	☐	☐	☐	
	Radiologinio tyrimo aprašymo perdavimo siuntusiam gydytojui vertinimas					
7.3.	Ar radiologijos padalinyje yra nustatyta (patvirtintas atitinkamas dokumentas) atlikto radiologinio tyrimo aprašymo perdavimo siuntusiam gydytojui tvarka? Ar ji parengta kokybiškai, siekiant proceso operatyvumo ir savalaikiškumo?	☐	☐	☐	☐	
7.4.	Ar radiologijos padalinyje laikomasi patvirtintos atlikto radiologinio tyrimo aprašymo perdavimo siuntusiam gydytojui tvarkos?	☐	☐	☐	☐	
7.5.	Ar radiologijos padalinio darbuotojas, atsakingas už atlikto radiologinio tyrimo aprašymo perdavimą siuntusiam gydytojui, patikrina ir įsitikina, kad aprašymas yra perduotas?	☐	☐	☐	☐	
7.6.	Ar radiologijos padalinyje yra nustatyta (patvirtintas atitinkamas dokumentas) skubos tvarka atlikto radiologinio tyrimo aprašymo perdavimo siuntusiam gydytojui tvarka?	☐	☐	☐	☐	
7.7.	Ar pacientą atlikti tyrimo siuntusiam gydytojui sudaryta galimybė pateikti grįžtamąją informaciją tyrimo vaizdą aprašiusiam gydytojui?	☐	☐	☐	☐	
7.8.	Ar radiologijos padalinyje yra atliekamas pacientą atlikti tyrimo siuntusio gydytojo pasitenkinimo gauto tyrimo aprašymo kokybe vertinimas?	☐	☐	☐	☐	
	Paciento sveikatos būklės stebėjimo tęstinumo užtikrinimo vertinimas					

7.9.	Ar gydytojas radiologas dalyvauja daugiadalykės gydytojų komandos (toliau – DGK) (konsiliumo) posėdyje, kuriame aptariama konkretaus paciento sveikatos būklė, diagnostikos ir gydymo strategija?	☐	☐	☐	☐	
7.10.	Ar gydytojas radiologas turi galimybę gauti informaciją apie konkrečiam paciento taikyto gydymo rezultatus?	☐	☐	☐	☐	
7.11.	Ar auditą užsakančioje įstaigoje atliekamas gydytojo radiologo atliktų radiologinių tyrimų aprašymų kokybės vertinimas? Aprašyti procedūrą	☐	☐	☐	☐	
Išvados ir rekomendacijos:						

8 klausimų grupė. Kompiuterinės sistemos ir duomenų tvarkymas

8 lentelė. Kompiuterinių sistemų ir duomenų tvarkymo vertinimas.

Eil. Nr.	Audito grupės audituojamos sritys, klausimai ir teiginiai	Taip	Iš dalies	Ne	Netai-kytina	Komentarai
8.1.	Ar radiologijos padalinyje yra nustatyta (patvirtintas atitinkamas dokumentas) medicinos dokumentų įrašų ir radiologinių tyrimų vaizdų saugojimo tvarka?	☐	☐	☐	☐	
8.2.	Ar radiologijos padalinyje laikomasi nustatytos medicinos dokumentų įrašų ir radiologinių tyrimų vaizdų saugojimo tvarkos?	☐	☐	☐	☐	
8.3.	Ar radiologijos padalinyje yra nustatyta (patvirtintas atitinkamas dokumentas) tvarka, skirta radiologinio tyrimo vaizdų identifikavimui ir prieinamumui užtikrinti?	☐	☐	☐	☐	

Išvados ir rekomendacijos:

9 klausimų grupė. Techninės procedūros

9 lentelė. Techninių procedūrų vertinimas.

Eil. Nr.	Audito grupės audituojamos sritys, klausimai ir teiginiai	Taip	Iš dalies	Ne	Netai-kytina	Komentarai
	Bendrieji dalykai					
9.1.	Ar radiologijos padalinyje dirba medicinos fizikai ekspertai ar medicinos fizikai?	☐	☐	☐	☐	
9.2.	Ar radiologijos padalinyje yra patvirtinta Radiacinės saugos programa, periodiškai vykdomi darbuotojų mokymai, atliekamos praktinės užduotys?	☐	☐	☐	☐	
9.3	Ar radiologijos padalinyje Radiacinės saugos programa, paslaugų kokybės užtikrinimo procedūros ir medicinos priemonių (prietaisų) techniniai protokolai yra periodiškai atnaujinami ir padalinio darbuotojai apie juos žino?	☐	☐	☐	☐	
	Radiologinio padalinio vadovo, auditą užsakančios įstaigos vadovybės (toliau – vadovybė) požiūrio vertinimas					
9.4.	Ar vadovybė skiria pakankamai laiko paslaugų kokybės užtikrinimo procedūrų rengimui, taikymui praktikoje, stebėsenai, vertinimui, darbo saugos bei radiacinės saugos reikalavimų laikymuisi?	☐	☐	☐	☐	
9.5.	Ar auditą užsakančioje įstaigoje yra visos paslaugoms teikti reikalingos (kokybiškos, atitinkamos, techniškai	☐	☐	☐	☐	

	tvarkingos) medicinos priemonės (prietaisai) ir kokybės kontrolei užtikrinti reikalingos priemones?					
9.6.	Ar vadovybė atlieka kokybės užtikrinimo procedūrų, darbo saugos bei radiacinės saugos reikalavimų tobulinimo veiksmus?	☐	☐	☐	☐	
9.7.	Ar radiologijos padalinio darbuotojai jaučią akivaizdų vadovybės dėmesį ir paramą?	☐	☐	☐	☐	
	Medicininė apšvitos valdymo vertinimas					
9.8.	Ar radiologijos padalinyje yra nustatyta (patvirtintas atitinkamas dokumentas) pacientų patiriamos medicininės apšvitos vertinimo tvarka ir ar jos laikomasi?	☐	☐	☐	☐	
9.9.	Ar radiologijos padalinyje vertinamos radiologinių tyrimų metu standartinio paciento gaunamos medicininės apšvitos dozės? Ar vertinama gaunamų dozių atitiktis sveikatos apsaugos ministro nustatytiems reikalavimams?	☐	☐	☐	☐	
9.10.	Ar auditą užsakančioje įstaigoje yra patvirtinti įstaigoje taikytini medicininės apšvitos dozių dydžiai?	☐	☐	☐	☐	
9.11.	Ar radiologijos padalinyje registruojamos, jei taip – kur (popieriniame žurnale, skaitmeniniu formatu) registruojamos radiologinių tyrimų metu pacientų patiriamos medicininės apšvitos dozių vertės?	☐	☐	☐	☐	
9.12.	Ar radiologijos padalinyje yra atliekami veiksmai, kuriais siekiama optimizuoti pacientų patiriamą medicininę apšvitą?	☐	☐	☐	☐	

9.13.	Ar radiologijos padalinyje yra nustatyta (patvirtintas atitinkamas dokumentas) pacientų patiriamos medicininės apšvitos optimizavimo tvarka, atitinkanti rekomendacijas (pavyzdinę atlikimo praktiką)?	☐	☐	☐	☐	
9.14.	Ar su nustatyta pacientų patiriamos medicininės apšvitos optimizavimo tvarka yra supažindinti radiologijos technologai?	☐	☐	☐	☐	
9.15.	Ar pacientų patiriamos medicininės apšvitos optimizavimo procesas yra suprantamas kaip radiologijos padalinio darbuotojų komandinis darbas (gydytojo radiologo, medicinos fiziko ir radiologijos technologo)?	☐	☐	☐	☐	
9.16.	Ar radiologijos padalinyje yra nustatyta (patvirtintas atitinkamas dokumentas) procedūrų, kurių metu naudojama jonizuojančioji spinduliuotė, atlikimo tvarka nėščioms pacientėms?	☐	☐	☐	☐	
9.17.	Ar radiologijos padalinyje padalinio darbuotojai yra susipažinę su procedūrų, kurių metu naudojama jonizuojančioji spinduliuotė, atlikimo tvarka nėščioms pacientėms?	☐	☐	☐	☐	
9.18.	Ar pacientą lydintiems asmenims taikoma apsaugos nuo medicininės apšvitos tvarka atitinka teisės aktų reikalavimus ir rekomendacijas?	☐	☐	☐	☐	
9.19.	Ar radiologijos padalinyje yra patvirtinti protokolai, skirti vaikams atliekamų radiologinių tyrimų techniniams parametrams parinkti (pagal amžiaus	☐	☐	☐	☐	

	grupes, svorį ar kt.)?					
9.20.	Ar radiologijos padalinyje yra patvirtinti nenumatytos ir avarinės apšvitos (didesnė dozė, ne tas pacientas ir kt.) kriterijai ir jų atpažinimo tvarka?	☐	☐	☐	☐	
9.21.	Ar radiologijos padalinyje yra registruojama nenumatyta ir avarinė apšvita ir ar atliekamas įvykio tyrimas?	☐	☐	☐	☐	
9.22.	Ar radiologijos padalinyje yra patvirtinti nepageidaujamų įvykių kriterijai, jie yra registruojami ir atliekamas įvykio tyrimas?	☐	☐	☐	☐	
Išvados ir rekomendacijos:						

10 klausimų grupė. Įranga, kokybės kontrolė ir pacientų dozimetrija

10 lentelė. Įrangos, kokybės kontrolės ir pacientų dozimetrijos vertinimas.

Eil. Nr.	Audito grupės audituojamos sritys, klausimai ir teiginiai	Taip	Iš dalies	Ne	Netai-kytina	Komentarai
	Medicinos priemonių (prietaisų) pasirinkimo vertinimas					
10.1.	Ar medicinos priemonių (prietaisų) pirkimo procesas atitinka auditą užsakančios įstaigos poreikius, išteklius?	☐	☐	☐	☐	
10.2.	Ar medicinos priemonių (prietaisų) aptarnavimo darbai (techninė priežiūra, kokybės kontrolės bandymai) yra planuojami ir vykdomi pagal planą?	☐	☐	☐	☐	
	Medicinos priemonių (prietaisų) priėmimo, bandymų atlikimo ir bazinių verčių nustatymo vertinimas					
10.3.	Ar medicinos priemonių (prietaisų) priėmimo, bandymų atlikimo ir bazinių verčių matavimo	☐	☐	☐	☐	

	protokolų turinys kokybiškas?					
10.4.	Ar gydytojas radiologas ir medicinos fizikas dalyvauja auditą užsakančios įstaigos medicinos priemonių (prietaisų) pirkimo planavimo ir techninių specifikacijų rengimo procese?	☐	☐	☐	☐	
10.5.	Ar nupirktų medicinos priemonių (prietaisų) perdavimo–priėmimo aktuose patvirtinama, kad prietaisai veikia taip, kaip buvo nustatyta perkamų medicinos priemonių (prietaisų) techninėse specifikacijose)?	☐	☐	☐	☐	
10.6.	Ar nupirktų medicinos priemonių (prietaisų) priėmimo bandymai atliekami dalyvaujant medicinos fizikui pagal nustatytus teisės aktų reikalavimus ir gamintojo rekomendacijas?	☐	☐	☐	☐	
10.7.	Ar nupirktų medicinos priemonių (prietaisų) priėmimo bandymų metu nustatomos bazinės (atraminės) kokybės kontrolės vertės?	☐	☐	☐	☐	
10.8.	Ar periodiniai medicinos priemonių (prietaisų) kokybės kontrolės bandymų rezultatai yra vertinami atsižvelgiant į gamintojo rekomendacijas, teisės aktų reikalavimus ir bazines vertes?	☐	☐	☐	☐	
	Periodiniai medicinos priemonių (prietaisų) kokybės kontrolės bandymai					
10.9.	Ar medicinos priemonių (prietaisų) kokybės kontrolės bandymų protokolai parengti kokybiškai?	☐	☐	☐	☐	
10.10.	Ar medicinos priemonių (prietaisų) periodinius	☐	☐	☐	☐	

	kokybės kontrolės bandymus atlieka paskirti atsakingi asmenys?					
10.11.	Ar auditą užsakančioje įstaigoje yra medicinos priemonių (prietaisų) kokybės kontrolės bandymams atlikti reikalinga įranga?	☐	☐	☐	☐	
10.12.	Ar radiologijos padalinyje dirbantis radiologijos technologas žino, kokių veiksmų turi imtis, jeigu medicinos priemonės (prietaiso) kokybės kontrolės matavimo rezultatai neatitinka nustatytų reikalavimų?	☐	☐	☐	☐	
10.13.	Ar įrašai apie medicinos priemonės (prietaiso) kokybės kontrolės matavimų rezultatus pateikiami dokumentuose? (patikrinami dokumentai)	☐	☐	☐	☐	
10.14.	Ar radiologijos padalinio darbuotojai supranta medicinos priemonių (prietaisų) kokybės kontrolės bandymų principus ir procedūras?	☐	☐	☐	☐	
10.15.	Ar radiologijos padalinyje imamasi tinkamų veiksmų, jeigu medicinos priemonių (prietaisų) kokybės kontrolės bandymų rezultatai neatitinka nustatytų reikalavimų?	☐	☐	☐	☐	
	Pacientų dozimetrijos vertinimas					
10.16.	Ar radiologijos padalinyje yra patvirtinta metodika (pacientų dozimetrijos atlikimo tvarkos aprašas) ir techninės priemonės pacientų gautoms medicininės apšvitos dozėms nustatyti?	☐	☐	☐	☐	
10.17.	Ar pacientų gautoms medicininės apšvitos dozėms nustatyti (naudojant fantomus)	☐	☐	☐	☐	

	naudojama metodika atitinka pavyzdinę praktiką?					
10.18.	Ar pacientų gautos medicininės apšvitos dozės apskaičiuojamos ir padaromi įrašai medicinos dokumentuose pacientams, kurie dalyvauja klinikiniuose tyrimuose?	☐	☐	☐	☐	
10.19.	Ar radiologijos padalinyje tinkamai apskaičiuojama vaisiui tenkančios medicininės apšvitos dozė ir padaromi atitinkami įrašai medicinos dokumentuose?	☐	☐	☐	☐	
10.20.	Ar audito metu įvertintos (naudojant fantomus ir automatinius įrangos nustatymus) pacientų gautos medicininės apšvitos dozės ir kiti ekspozicijos parametrai atitinka kompiuterinės tomografijos, mamografijos ir kitų tyrimų pavyzdinės praktikos rekomendacijas?	☐	☐	☐	☐	
10.21.	Ar audito metu įvertintos (naudojant fantomus ir automatinius įrangos nustatymus) pacientų gautos medicininės apšvitos dozės ir kiti ekspozicijos parametrai atitinka rentgenografinio krūtinės ląstos, rentgenoskopijos pilvo srities bei kt. tyrimų pavyzdinės praktikos rekomendacijas?	☐	☐	☐	☐	
10.22.	Ar audito metu atlikti medicinos priemonių (prietaisų) veikimo patikrinimo rezultatai atitinka leidžiamas reikšmes?	☐	☐	☐	☐	
10.23.	Ar medicinos priemonių (prietaisų) dozės ir ploto	☐	☐	☐	☐	

	sandaugos matuokliai yra periodiškai tikrinami ir tikrinimo rezultatai fiksuojami dokumentuose?					
Išvados ir rekomendacijos:						

Audito grupė:

Vardas, pavardė, parašas
Vardas, pavardė, parašas
Vardas, pavardė, parašas