|  |  |
| --- | --- |
| ТФ-1 | УТВЕРЖДАЮ: |
|  | Директор департамента здравоохранения и фармации  Ярославской области Р. Р. Саитгареев  « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 г. |

**Дорожная карта проекта**

**«*Название проекта*»**

***Название медицинской организации***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Мероприятия/плановые сроки реализации | 01.10-  07.10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | Подготовка и открытие проекта |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Диагностика и целевое состояние |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Внедрение улучшений |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Мониторинг устойчивости улучшений |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Закрепление результатов и закрытие проекта |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Подпись руководителя проекта и контакты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (ФИО) (Контакты: Тел, E-mail)