|  |  |
| --- | --- |
| УТВЕРЖДАЮ: | СОГЛАСОВАНО: |
| Главный врач  *Название медицинской организации*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *И. О. Фамилия*  « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 г. | Заведующий РЦ ПМСП ЯО  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Калмыкова С.С. |

**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)