**ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

**АНАЛИЗЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ПРИ ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ РЕБЁНКА**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование анализа** | **Срок действия** |
| 1. 1 | Общий (клинический) анализ крови (с подсчётом лейкоцитарной формулы и количества тромбоцитов), СОЭ | 10 дней |
| 1. 2 | Анализ крови на длительность кровотечения и время свертывания | 10 дней |
| 1. 3 | Анализ мочи общий | 10 дней |
| 1. 4 | Серологический анализ крови на сифилис (реакция Вассермана (RW)) | 90 дней |
| 1. 5 | Анализ на ВИЧ-инфекцию (антитела) | 90 дней |
| 1. 6 | Анализы на маркеры вирусных гепатитов В и С (HBsAg и Anti-HCV) | 90 дней |
| 1. 7 | Анализ крови на сахар | 10 дней |
| 1. 8 | Анализ кала на яйца гельминтов и простейшие | 10 дней |
| 1. 9 | Соскоб на энтеробиоз | 10 дней |
| **ДРУГИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ** | | |
| 1. 10 | Для детей до 2-х лет - исследование кала на патогенную кишечную группу (сальмонеллы, шигеллы) | 10 дней |
| 1. 11 | ЭКГ (с обязательным предоставлением плёнки) | 30 дней |
| 1. 12 | При наличии изменений на ЭКГ – обязательно заключение кардиолога о возможности проведения оперативного вмешательства | 30 дней |
| 1. 13 | Для детей старше 15 лет – флюорография (с описанием) | 1 год |
| 1. 14 | Заключение (справка) от врача-стоматолога с указанием, что «Полость рта санирована» (при наличии кариеса - провести санацию зубов по месту жительства) | 1 месяц |
| 1. 15 | Заключение (справка) врача-педиатра об отсутствии у ребенка противопоказаний к госпитализации и плановому хирургическому лечению (Острых инфекционных заболеваний, педикулеза, чесотки, хронических заболеваний в стадии декомпенсации, неуточненных изменений, выявленных по результатам обследования) | 3 дня |

**ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ПРИ ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ РЕБЁНКА**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование документа** | **Примечание** |
| 1. 1 | Направление на госпитализацию из поликлиники по месту жительства (талон-направление)\*, подписанное лечащим врачом и зав. отделением с печатью поликлиники.  \* для жителей **не** Ярославской области - форма - 057/у-04 **Направление по ОМС действительно 14 дней** | |
| 1. 2 | Выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного (форма - 027/у) с указанием анамнеза жизни, анамнеза заболевания, течения болезни, сведений о перенесённых инфекционных заболеваниях, проведённом ранее лечении и состоянии ребёнка при осмотре. | |
| 1. 3 | Копия карты профилактических прививок (форма № 063/у)\*  \* либо копия сертификата о профилактических прививках (форма № 156/у-93)  \* либо справка от педиатра с указанием проведённых прививок\*\*. | |
| **\*\*Абсолютные противопоказания (мед. отвод) от профилактических прививок, а также срок мед. отвода должны быть указаны в Справке от врача-педиатра** из поликлиники по месту жительства, заверенной штампом медицинской организации, печатью и подписью врача, выдавшего документ. | | |
| **\*Госпитализация после вакцинации оральной (живой) полиомиелитной вакциной (ОПВ) – через 60 дней!** | | |
| 1. 4 | Результаты ежегодных проведённых проб Манту или результаты «Диаскинтеста» \*\*. | |
| \*\* **При отсутствии пробы Манту с 2ТЕ или «Диаскинтеста»,** а также при наличии  **виража туберкулиновых проб** или **туберкулеза в анамнезе** необходимо предоставить  **заключение врача-фтизиатра с указанием, что пациент может быть госпитализирован в обычный соматический стационар.** | | |
| 5 | Справка об отсутствии контактов с инфекционными больными по месту жительства за последние 21 день. | **Срок действия – 3 дня** |
| 1. 6\* | Копия свидетельства о рождении или паспорта ребёнка. | |
| 1. 7\* | Копия действующего полиса обязательного медицинского страхования. | |
| 1. 8\* | Копия паспорта родителя или законного представителя. | |
| 1. 9\* | Копия страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) пациента | |
| \* Необходимо иметь оригиналы документов для возможности проверки | | |
| 1. 10 | Удостоверение инвалида (при наличии) и его копия. | |

**АНАЛИЗЫ, НЕОБХОДИМЫЕ РОДИТЕЛЯМ ИЛИ ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМ ДЛЯ СОВМЕСТНОГО НАХОЖДЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ С РЕБЁНКОМ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование документа/результата анализа** | **Срок действия** |
| 1 | **Сведения о вакцинации против COVID-19, либо**  **анализ на COVID-19 методом ПЦР (мазок из носоглотки и/или ротоглотки)** | **3 дня** |
|  | | |
| 2 | Исследования кала на кишечную группу (сальмонеллы, шигеллы) - при госпитализации с детьми до 2 лет. | 10 дней |
| 3 | Флюорография. | 1 год |
| 4 | Родителям без ограничения возраста - **сведения о двух вакцинациях против кори**, а болевшим подтвердить **факт перенесённого заболевания корью** (с предоставлением ксерокопии соответствующей записи из амбулаторной карты или выписки из истории болезни, или справки, заверенной подписью и печатью врача). | постоянно |
| При отсутствии данных о **2-ух вакцинациях против кори** или факта перенесённого заболевания корью - **предоставить результаты исследования титра антител (IgG)** **к** **вирусу кори**, **полученные в течение 12 месяцев до госпитализации.** | до 12 месяцев |
| **В день госпитализации необходимо сообщить лечащему врачу:**  1. о необходимости выдачи листка нетрудоспособности. 2. о взятии мазка на COVID-19 у ребенка и/или другого члена семьи (в случае отсутствия сведений на момент госпитализации или положительного результата исследования). | | |

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:**

**При наличии сопутствующей патологии:**

- пациент должен иметь при себе заключения врачей - специалистов по сопутствующей патологии о возможности общего обезболивания и необходимости сопутствующей терапии.

**БУДЬТЕ ВНИМАТЕЛЬНЫ!**

**ПРИ ОТСУТСТВИИ НЕОБХОДИМЫХ ДОКУМЕНТОВ**

**В ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

**МОЖЕТ БЫТЬ ОТКАЗАНО!**