**ОБСЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕД ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИЕЙ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **БУДЬТЕ ВНИМАТЕЛЬНЫ!****ПРИ ОТСУТСТВИИ НЕОБХОДИМЫХ ДОКУМЕНТОВ****В ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ****МОЖЕТ БЫТЬ ОТКАЗАНО** |  | **ДЛЯ****ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **1.** |  | **СВЕДЕНИЯ ИЗ ПОЛИКЛИНИКИ** |  |  |

**Все документы должны иметь**

**- подпись лечащего врача,**

**- подпись руководителя подразделения или медицинской организации,**

**- печать медицинской организации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование документа** | **Примечания** | **Срок получения****(не более)** |
| 1. 1.
 | Направление на госпитализацию (талон-направление) | Для жителей других регионов РФ – Форма - 057/у-04 | 1. ней
 |
| 2. | Выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного (форма - 027/у)  | С указанием**- анамнеза жизни:** сведений о вакцинации (о медотводах), о сопутствующих заболеваниях и проводимой терапии, о перенесённых инфекционных заболеваниях, проведённом ранее лечении и др.,**- анамнеза заболевания**, течения болезни, проведенном лечении, операциях.**- состоянии ребёнка при осмотре, 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 |
| 1. 3.
 | Копия карты профилактических прививок | Либо копия сертификата о профилактических прививкахЛибо справка от педиатра с указанием проведённых прививок***Госпитализация после вакцинации полиомиелитной вакциной, данной через рот (ОПВ) – через 60 дней*** | 1 месяц |
| 1. 4.
 | Результаты ежегодных проведённых проб Манту или результаты «Диаскинтеста» | При отсутствии ежегодных проб / вираже туберкулиновых проб / туберкулезе- заключение врача-фтизиатра с указанием, что пациент может быть госпитализирован в обычный соматический стационар. | 1 год |
| 5. | Справка об отсутствии контактов с инфекционными больными по месту жительства и в образовательном учреждении за последние 21 день | В том числе, контактов с COVID-19 | 3 дня |
| 6. | Заключения врачей-специалистов по сопутствующей патологии о возможности наркоза и необходимости сопутствующей терапии | При наличии сопутствующей патологии | 1 месяц |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **2.** |  | **ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЕНКА** |  |  |
|  |  |  |
| **№** | **Наименование анализа** | **Условия** | **Срок действия** |
| 1. | Общий (клинический) анализ крови | Натощак | 10 дней |
| 2. | Исследование системы гемостаза (Время свертываемости, длительность кровотечения) | Нет особых условий |
| 3. | Анализ крови на сахар | Натощак |
| 4. | Анализ крови на сифилис (реакция Вассермана (RW) | Нет особых условий | 90 дней |
| 5. | Анализ на ВИЧ-инфекцию | Нет особых условий |
| 6. | Анализ на маркеры вирусного гепатита В (HBsAg) | Нет особых условий |
| 7. | Анализ на маркеры вирусного гепатита С (Anti-HCV) | Нет особых условий |
| 8. | Анализ мочи общий | Утром, средняя порция | 10 дней |
| 9. | Соскоб на энтеробиоз | Нет особых условий |
| 10. | Анализ кала на яйца гельминтов и простейшие | Кал в контейнере |
| 11. | Исследование кала на патогенную кишечную группу(сальмонеллы, шигеллы, тиф, паратиф) | Кал в контейнере |
| ***Только для круглосуточного пребывания, детям до 2 лет***  |  |
| 12. | ЭКГ (исследование с описанием) | При наличии изменений на ЭКГ – обязательно заключение кардиолога о возможности проведения оперативного вмешательства под наркозом | 30 дней |
| 13. | Флюорография (заключение) | Для детей старше 15 лет | 12 месяцев |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **3.** |  | **ОБСЛЕДОВАНИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ (в случае госпитализации с ребенком)** |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **№** |  | **Наименование анализа** | **Условия** | **Срок действия** |  |
|  | 1. |  | Исследование кала на патогенную кишечную группу(сальмонеллы, шигеллы, тиф, паратиф) | Кал в контейнере | 10 дней |  |
|  |  | ***Только для круглосуточного пребывания*** |  |  |
|  | 2. |  | Флюорография (исследование) | Нет особых условий | 12 месяцев |  |
|  | 3.\* |  | Сведения о 2-кратной вакцинации против кори, либо титре АТ IgG к кори | Для жителей других регионов РФ | Бессрочно |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **4.** |  | **ДОКУМЕНТЫ** |  |  |
|  |  |  |
|  | **№** | **Наименование документа** | **Примечания** |  |
|  | 1. 1.
 | Копия свидетельства о рождении или паспорта ребёнка | Необходимо иметь оригиналы документов для возможности проверки |  |
|  | 1. 2.
 | Копия действующего полиса ОМС ребенка |  |
|  | 1. 3.
 | Копия СНИЛС ребенка |  |
|  | 4. | Копия паспорта законного представителя |  |
|  | 1. 5.\*
 | Удостоверение инвалида (при наличии) и его копия.  | Сообщить врачу о наличии инвалидности при госпитализации |  |
|  | **В день госпитализации сообщить** | Лечащему врачу о необходимости выдачи листка нетрудоспособности**.** |  |