**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 прививках  Либо 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**.** | | |  |