ГБУЗ «Краевая детская клиническая больница № 1» г. Владивосток, проспект Острякова, 27**.**

**Перечень необходимой медицинской документации, лабораторных и инструментальных обследований, выполняемых амбулаторно,**

**Необходимых для осуществления госпитализации пациентов в стационар в плановом порядке.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | **Необходимо иметь:** | **Срок годности** | **Примечание** |
| 1 | Направление  на госпитализацию. |  | С девятизначным номером, датой и печатью направившего ЛПУ. |
| 2 | Выписку из истории развития ребёнка (медицинской карты амбулаторного больного). |  |  |
| 3 | Выписку с указанием данных о профилактический прививках за весь период жизни ребёнка. | Не более 1 месяца | После вакцинации против полиомиелита (живой вакциной),  госпитализация через 60 дней. |
| 4 | Данные о реакции Манту за весь период жизни ребёнка. | Не более 1 месяца | В случае имевшей место папулы более 5мм, положительной реакции, а так же при отказе законных представителей ребёнка от проведения пробы Манту. Необходимо предоставить письменное заключение врача фтизиатра о возможности плановой госпитализации пациента в детский стационар. |
| 5 | Справка об эпидемическом окружении за последние 21 сутки. | 3 дня |  |
| 6 | Пенсионное удостоверение (детям инвалидам, из многодетных и малообеспеченных семей). |  |  |
| 7 | Радиационный паспорт. |  | При его наличии. |
| 8 | Полис обязательного медицинского страхования. |  | Оригинал и световая копия. |
| 9 | Свидетельство о рождении.  С возраста 14 лет – паспорт. |  | Оригинал и световая копия. |
| **Подлинники результатов проведённых исследований:** | | | |
| 1 | Клинический анализ крови. | 7 дней |  |
| 2 | Анализ крови на ЭДС. | 7 дней |  |
| 3 | Общий анализ мочи. | 7 дней |  |
| 4 | Анализ кала на яйца глистов, цисты лямблий. | 7 дней |  |
| 5 | Соскоб на энтеробиоз. | 7 дней |  |
| 6 | Анализ кала на ротавирусную инфекцию. | 7 дней |  |
| 7 | Детям, до возраста 2-х лет – бак. посев кала на дизентерийную, тифо- паратифозную группы. | 14 дней | **Пациентам, поступающим в психоневрологическое отделение – до 18 лет.** |
| 8 | Флюорография пациентам с 15 лет | 1 год |  |
| **Пациентам, поступающим для проведения оперативного лечения, дополнительно предоставлять подлинники результатов обследования:** | | | |
| 1 | Клинический анализ крови (развёрнутый ). | 7 дней | + тромбоциты, время свёртываемости, длительность кровотечения. |
| 2 | Анализ крови на HBS а/г + HCV а/г | 3 месяца | При положительном результате – заключение от врача инфекциониста о возможности проведения оперативного лечения. |
| 3 | Биохимический анализ крови. | 7 дней | Обязательные показатели: калий, натрий, хлор; общий белок, мочевина, креатинин; билирубин (фракции), АЛТ,АСТ. |
| 4 | Определение показателей свёртывающей, антисвёртывающей системы крови САСС) | 7 дней | Обязательные показатели:  Протромбиновый индекс (ПТИ),  толерантность плазмы к гепарину (ТПГ), фибриноген,  активированное частичное тромбоцитопластиновое время (АЧТВ) |
| 5 | ЭКГ | 7 дней | В случае выявления патологических изменений, консультация врача кардиолога с заключением о возможности проведения оперативного вмешательства в плановом порядке. |
| **Проведение консультаций специалистами:** | | | |
| 1 | ЛОР | 7 дней |  |
| 2 | Стоматолог | 7 дней |  |
| 3 | Кардиолог | 7 дней | Если пациент состоит на диспансерном учёте у врачей одной из этих специальностей, необходимо предоставить письменное заключение данного специалиста с разрешением проведения плановой операции. |
| 4 | Невропатолог |
| 5 | Аллерголог |
| 6 | Эндокринолог |
| 7 | Окулист |
| 8 | Другие узкие специалисты |
| **После сбора всех необходимых анализов и консультаций «узких» специалистов участковым врачом-педиатром даётся письменное заключение об отсутствии противопоказаний к проведению оперативного лечения в плановом порядке.** | | | |
| **Перечень необходимых результатов обследования лица, госпитализируемого в отделение по уходу за ребёнком:** | | | |
| 1 | Паспорт | Лицу, не являющемуся законным представителем ребёнка (бабушка, тётя, другие родственники) необходимо предоставить доверенность от законных представителей пациента с указанием паспортных данных обеих сторон | |
| 2 | Флюорография | 1 год |  |
| 3 | Анализ крови на ЭДС | 7 дней |  |
| 4 | Бак. посев кала на дизентерийную,  тифо- паратифозную группу. | 14 дней | Для лиц, по уходу за детьми до 2-х летнего возраста. |
| 5 | Анализ кала на ротавирусную инфекцию. | 7 дней. |  |

**На основании Приказа МЗ РФ от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (п.3.8.4.; п.3.9.15.; п.3.14.12.; п.3.14.13.;)**

**при направлении на плановую госпитализацию пациентов с нижеследующими заболеваниями, проводить исследования в соответствии с приведённой таблицей:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Направительный диагноз:** | **Срок годности** | **Проведение исследований на догоспитальном этапе:** |
| Гипертрофия аденоидов, гипертрофия миндалин, гипертрофия миндалин с гипертрофией аденоидов  (коды по МКБ-10: J35.1; J35.2; J35.3) | 1 месяц | рентгенологическое исследование носоглотки и/или эндоскопическое исследование носоглотки |
| Варикозное расширение вен мошонки (код по МКБ-10:I86.1) | 1 месяц | ультразвуковое исследование органов мошонки |
| Гидроцеле и сперматоцеле  (код по МКБ-10: N 43) | 1 месяц | ультразвуковое исследование органов мошонки |
| Неопущение яичка  (код по МКБ-10: Q53) | 1 месяц | ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование органов малого таза и ультразвуковое исследование органов мошонки. |