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

**Госпитализация на ­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пребывание в стационаре круглосуточное !**

**Запись в отделения:** Неврологии по телефону + 7(423) 245-55-16, с 13.00 до 15.00, понедельник-пятница;

нефрологии по телефону + 7(423) 245-54-43, с 14.00 до 15.00, понедельник-пятница;

урологии по телефону + 7(423) 245-56-76, с 9.30 до 15.30, понедельник-пятница;

отделение детской хирургии по телефону +7(423) 245-55-77, с 14.00 до 15.00, понедельник-пятница;

оториноларингологическое отделение (ЛОР) по телефону +7(423) 245-08-31, с 14.00 до 15.00, понедельник-пятница;

отделение детской онко-гематологии №2 (гематологическое отделение) по телефону +7(423) 245-56-02(доб.2), с 10.00 до 14.00, понедельник-пятница;

отделение восстановительного лечения (ОВЛ) по телефону +7(423) 245-56-02 (доб. 3), с 10.00 до 15.00, понедельник-пятница.

**Госпитализация:** приемное отделение с 8.30 до 13.00 на операцию с 9.00 до 12.00 понедельник-пятница: в соответствии с назначенным при записи временем.

**Необходимо подойти за 15 минут до времени госпитализации**

Пациент до 15 лет госпитализируется **только в присутствии законного представителя (мать, отец, опекун, попечитель)**  для дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказ от него.

 Пациент старше 15 лет может госпитализироваться в присутствии законного представителя или родственника.

 Лицу, не являющемуся законным представителем ребенка: бабушка, тётя, другие родственники, для пребывания в стационаре по уходу за больным ребенком необходимо предоставить нотариально заверенную доверенность или заявление (оформляется в присутствии медицинского персонала нашего стационара) от законного представителя пациента с указанием паспортных данных обеих сторон с разрешением на пребывание в стационаре родственника по уходу за ребенком.

**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  | 30 дней | С девятизначным номером, датой и печатью направившего ЛПУ  |
| 2 | Выписка из истории развития ребёнка (медицинской карты амбулаторного больного), с указанием данных |
|   |  о профилактический прививках за весь период жизни ребёнка, либо копия карты профилактических прививок (ф. № 063/у), либо копия сертификта о профилактических прививках (ф. № 156/у-93) | Не более 1 месяца | После вакцинации против полиомиелита(живой вакциной), госпитализация через 60 дней. |
|   |  Об обследовании на туберкулез за весь период жизни: 0-7 лет включительно - реакция Манту;8-14 лет включительно – Диаскин- тест;15- 17 лет включительно Диаскин-тест и флюорография  | Давность последнего обследования не более 1 год  | В случае положительной реакции (реакция Манту - папула 5 мм и более, Диаскин-тест от 4 мм), 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. |
| 3 | Справка об эпидемическом окружении за последние 21 день | 3 дня |  |
| 4 | Копию Справки МСЭ (ребенок-инвалид) при наличии |
| 5 | Полис обязательного медицинского страхования (оригинал и ксерокопия)  |  |  |
| 6 | Свидетельство о рождении, с возраста 14 лет – паспорт (оригинал и ксерокопия)  |  |  |
| 7 | Номер СНИЛС  |  |  |
| **Подлинники результатов проведённых исследований:** |
| 1 | Клинический анализ крови  | 7 дней |  |
| 2 | Анализ крови на сифилис (РМП+ИФА)  | РМП 3 мес.ИФА 6 мес. | При положительном результате анализа обязательна справка от врача-дерматовенеролога об отсутствии заразности для окружающих |
| 3 | Общий анализ мочи  | 7 дней |  |
| 4 | Анализ кала на яйца гельминтов, цисты лямблий  | 14 дней |  |
| 5 | Соскоб на энтеробиоз  | 14 дней |  |
| 6 | Анализ кала на ротавирусную инфекцию  | 7 дней |  |
| 7 | Детям, до возраста 2-х лет 11 мес 29 дней – бак. посев кала на дизентерийную и тифо- паратифозную группу.  | 14 дней |  |
| 8 | ПЦР (мазок из носо-ротоглотки) на Ковид-19 - 1кратно | 48 часов | С момента лабораторного исследования (даты результата) |
| 9 | Флюорография пациентам с 15 лет | 1 год |  |

**У пациентов, поступающих для проведения оперативного лечения или обследования под общей анестезией – на указательном пальце должен отсутствовать лак или нарощенный ноготь, место планируемой операции должно быть выбрито накануне госпитализации.**

|  |
| --- |
| **Пациентам, поступающим для проведения оперативного лечения, дополнительно предоставлять подлинники результатов обследования:** |
| 1 | Клинический анализ крови (развёрнутый)  | 7 дней | + тромбоциты. |
| 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 | Развернутая коагулограмма | 7 дней | Обязательные показатели:Протромбиновый индекс (ПТИ), толерантность плазмы к гепарину (ТПГ), фибриноген,Активированное частичное тромбоцитопластиновое время (АЧТВ) |
| 5 | ЭКГ  | 1 месяц | При наличии изменений на ЭКГ - письменное заключение врача-кардиолога с разрешением проведения плановой операции. |
| 6 | Консультация стоматолога | 3 месяца | Письменное заключение с разрешением проведения плановой операции. |
| 7 | Консультация оториноларинголога (ЛОР врача) | 7 дней | Письменное заключение с разрешением проведения плановой операции |
| **\* НЕ ТРЕБУЕТСЯ при заболеваниях: аденоиды, гипертрофия миндалин, фимоз, вросший ноготь.**  |
| **7** | **Проведение консультаций специалистами:** |
| 7.1 | Кардиолог  | 3 месяца | Если пациент состоит на диспансерном учёте у врачей одной из этих специальностей, необходимо предоставить **письменное заключение** данного специалиста с разрешением проведения плановой операции. |
| 7.2 | Невролог |
| 7.3 | Аллерголог  |
| 7.4 | Эндокринолог  |
| 7.5 | Окулист  |
| 7.6 | 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.**  |
|  **Лицо, госпитализируемое в отделение по уходу за ребенком, предоставляет:** |
| 1 | ПаспортНомер СНИЛС (при необходимости листка нетрудоспособности) |
| 2 | **Результаты своего обследования:**  |
| 2.1 | Флюорография  | 1 год |  |
| 2.2 | Анализ крови на сифилис (РМП+ИФА). | РМП 3 мес.ИФА 6 мес. | При положительном результате анализа обязательна справка от врача-дерматовенеролога об отсутствии заразности для окружающих  |
| 2.3 | Бак. посев кала на дизентерийную, тифо-паратифозную группу – для лиц по уходу за детьми до возраста 2-х лет 11 мес 29 дней | 14 дней |  |
| 2.4 | Анализ кала на ротавирусную инфекцию. | 7 дней  |  |
| 2.5 | ПЦР (мазок из носо-ротоглотки) на Ковид-19 - 1кратно | 48 часов | С момента лабораторного исследования (даты результата) |

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