

Памятка для повторной госпитализации на продолжение химиотерапии в отделения детской онко-гематологии с химиотерапией № 1 и № 2

Госпитализация на: Дата _____ Время _____

В случае необходимости переноса даты и времени госпитализации: созвониться с лечащим врачом по телефону: онкологическое отделение (отделение детской онко-гематологии №1): 84232-45-56-02; гематологическое отделение (отделение детской онко-гематологии №2): 84232-45-53-07

Необходимо подойти за 10 минут до времени госпитализации в кабинет № 5 приемного отделения.

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 ребёнка: бабушка, тётя, другие родственники, для пребывания в отделении по уходу за больным ребёнком необходимо предоставить заявление от законного представителя пациента с указанием паспортных данных обеих сторон с разрешением на пребывание в стационаре родственника по уходу за ребёнком. При этом, информированное добровольное согласие или отказ от медицинского вмешательства, которое потребуется в период госпитализации пациенту в возрасте до 15 лет, даёт только законный представитель пациента!

Перечень документации, необходимой для повторной госпитализации пациента для продолжения химиотерапии

1. Со дня выписки из отделения более 3-х дней:

№	Документы	Срок годности	Примечание
1	с	30 дней	С <u>девятизначным номером, датой и печатью</u> направившего ЛПУ
2	Выписка из истории развития ребёнка (медицинской карты амбулаторного больного), с указанием данных		
	о профилактических прививках за весь период жизни ребёнка, либо копия карты профилактических прививок (ф. № 063/у), либо копия сертификата 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 <u>письменное заключение</u> врача-фтизиатра о возможности плановой госпитализации пациента в детский стационар
3	Справка об эпидемическом окружении за последний 21 день	3 дня	
4	Копию Справки МСЭ (ребенок-инвалид) при наличии		
5	Полис обязательного медицинского страхования (оригинал)		
6	Свидетельство о рождении, с возраста 14 лет – паспорт (оригинал)		
7	СНИЛС		

2. Со дня выписки из отделения до 3-х дней:

№	Документы
1	Выписка с предыдущей госпитализации, в которой указано – отсутствие контакта
2	Свидетельство о рождении, с возраста 14 лет – паспорт (оригинал)
3	Полис обязательного медицинского страхования (оригинал)
4	СНИЛС
5	Копию Справки МСЭ (ребенок-инвалид) при наличии

Лицо, госпитализируемое в отделение по уходу за ребенком, предоставляет:

№	Документы		
1.1	Паспорт		
1.2	Номер 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 о возможности нахождения в стационаре по уходу за ребенком