

Госпитализация на _____

Пребывание в стационаре круглосуточное !**Запись в отделения:**

нефрологии, психоневрологии, гематологии, отделение плановой хирургии, урологии по телефону 245-56-76, с 9.00 до 15.30, понедельник-пятница;

в оториноларингологическое отделение (ЛОР) по телефону 245-08-31, с 14 до 15, понедельник-пятница.

Госпитализация: приемное отделение понедельник-пятница: в соответствии с назначенным при записи временем.

Необходимо подойти за 15 минут до времени госпитализации в кабинет № 21 с 8.30 до 14.00 на операцию с 9.00 до 12.00

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 стационаре 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.

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 <u>девятизначным номером, датой и печатью направившего ЛПУ</u>
2	Выписка из истории развития ребёнка (медицинской карты амбулаторного больного), с указанием данных		
	о профилактических прививках за <u>весь период жизни ребёнка</u> , 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 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)		
6	Свидетельство о рождении, с возраста 14 лет – паспорт (оригинал)		
7	Номер СНИЛС		
<u>Подлинники результатов проведённых исследований:</u>			
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 и всем пациентам поступающим в <u>психоневрологическое</u> отделение (до 18 лет) – 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, время свёртываемости, длительность кровотечения.
2	Анализ крови на HBS a/г + HCV a/г	3 месяца	При положительном результате – заключение от врача инфекциониста о возможности проведения оперативного лечения.
3	Биохимический анализ крови *	7 дней	<u>Обязательные показатели:</u> калий, натрий, хлор; общий белок, мочеви́на, креатинин; билирубин (фракции), АЛТ, АСТ.
4	Развернутая коагулограмма	7 дней	<u>Обязательные показатели:</u> Протромбиновый индекс (ПТИ), толерантность плазмы к гепарину (ТПГ), фибриноген, Активированное частичное тромбоцитопластинное 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 <u>письменное заключение</u> данного специалиста с разрешением проведения плановой операции.
7.2	Невролог		
7.3	Аллерголог		
7.4	Эндокринолог		
7.5	Окулист		
7.6	Другие узкие специалисты		
<p>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.</p>			

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

1	Паспорт 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 об отсутствии заразности для окружающих
2.3	Бак. посев кала на дизентерийную, тифо-паратифозную группу – для лиц по уходу за детьми до 2-х летнего возраста	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