|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***Взрослые (старше 18 лет) при госпитализации для плановых операций и курса инъекций необходимо иметь:*** |  |
| *№* | *Исследование* | *Срок действия исследования* |
| *1* | *Клинический анализ крови (развернутый)* | *1 месяц* |
| *2* | *Общий анализ мочи* | *1 месяц* |
| *3* | *Анализ крови на свертываемость (скрининговая коагулограмма)* | *1 месяц* |
| *4* | *Анализ крови на глюкозу, при наличии сахарного диабета – анализ крови на гликированный гемоглобин* | *1 месяц* |
| *5* | *Группа крови, резус-фактор* |  |
| *6* | *Анализ крови на наличие антител к ВИЧ, RW, HCV. HbS-Ag. При положительных результатах – заключение врача-инфекциониста* | *6 месяцев* |
| *7* | *Анализ кала на яйца глистов* | *1 месяц* |
| *8* | *Рентген грудной клетки (снимки) или флюорограмма с описанием*   1. *год* | *1 год* |
| *9* | *Рентген придаточных пазух носа (снимки) с описанием* | *1 год* |
| *10* | *Заключение врача-отоларинголога об отсутствии противопоказаний к проведению офтальмологической операции.* | *1 год* |
| *11* | *Заключение врача-стоматолога (о полной санации полости рта)* | *1 год* |
| *12* | *Заключение врача-терапевта, (врача-кардиолога, врача- эндокринолога-при наличии соматической патологии). Развернутый диагноз + назначения.* | *1 месяц* |
| *13* | *Электрокардиограмма (пленка с расшифровкой в динамике)* | *1 месяц* |
| *14* | *Заключение врача-невролога (при наличии в анамнезе инсульта и черепно-мозговых травм)* | *1 месяц* |
|  |  |  |

***Дополнительно взрослым (старше 18) перед операцией под наркозом необходимо иметь:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *№* | *Исследование* | *Срок действия исследования* |
| *1* | *Биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, АЛТ, ACT, мочевина,*  *креатинин, K, Na, CI )* | *6 месяцев* |

***Проведение обследования при планировании интравитреального введения ингибиторов ангиогенеза необходимо:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *№* | *Исследование* | *Срок действия исследования* |
|  | *биохимический анализ крови общетерапевтический:* |  |
|  | *исследование уровня общего белка в крови,* | *6 месяцев* |
|  | *исследование уровня глюкозы в крови,* | *6 месяцев* |
|  | *исследование уровня мочевины в крови,* | *6 месяцев* |
|  | *исследование уровня креатинина в крови,* | *6 месяцев* |
|  | *исследование уровня общего билирубина в крови,* | *6 месяцев* |
|  | *исследование уровня связанного (конъюгированного) билирубина в крови,* | *6 месяцев* |
|  | *определение активности аспартатаминотрансферазы в крови,* | *6 месяцев* |
|  | *определение активности аланинаминотрансферазы в крови,* | *6 месяцев* |
|  | *определение активности щелочной фосфатазы в крови,* | *6 месяцев* |
|  | *исследование уровня холестерина в крови, липопротеинов низкой плотности в крови, исследование уровня триглицеридов в крови,* | *6 месяцев* |
|  | *Скрининговая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)* | *6 месяцев* |

***Взрослые –обследование при госпитализации по срочным показаниям:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *№* | *Исследование* | *Срок действия исследования* |
| *1* | *Флюорография* | *1 год* |
| *2* | *ЭКГ (с расшифровкой)* | *1 месяц* |
| *3* | *Анализ крови на наличие антител к HCV, HbS-Ag. При положительных результатах – заключение врача-инфекциониста.* | *6 месяцев* |
| *4* | *Заключение терапевта (диагноз, рекомендации)* | *1 месяц* |

***Взрослые***

***Заключение терапевта должно содержать следующую информацию:*** *1. Указание основного и сопутствующих терапевтических заболеваний;   
   2.Обоснование допуска к операции и наркозу при наличии в анализах крови и мочи показателей   
   выходящих за пределы референтных значений;   
  3.Приложение заключений специалистов у которых пациент состоит на   
   диспансерном учете, с обязательным указанием стадии ремиссии/компенсации заболевания и   
   рекомендациями по лечению (дозировка препаратов и схемы лечения);*

*4. Перед планируемым хирургическим лечением пациент должен быть здоров – после перенесенного ОРВИ не менее – 1 месяца, гайморита, пневмонии – 2 месяцев.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | ***Дети (до 18 лет) при госпитализации на плановое оперативное лечение и курса инъекций необходимо иметь:*** | | *:* |
| *№* | | *Исследование* | | *Срок действия исследования* |
| *1* | | *Справка из СЭС об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 21 дня по месту жительства и учебы.* | | *3 дня* |
| *2* | | *Клинический анализ крови* | | *1 месяц* |
| *3* | | *Анализ крови на свертываемость (скрининговая коагулограмма)* | | *1 месяц* |
| *4* | | *Общий анализ мочи* | | *1 месяц* |
| *5* | | *Анализ кала на яйца глистов* | | *1 месяц* |
| *6* | | *Анализ кала на кишечную группу (неорганизованные дети до 2лет)* | | *1 месяц* |
| *7* | | *Соскоб на энтеробиоз* | | *1 месяц* |
| *8* | | *Анализ крови на ВИЧ* | | *6 мес.* |
| *9* | | *Анализ крови на HBS антиген (гепатит В) и HCV (гепатит С)* | | *6 мес.* |
| *10* | | *Анализ крови на RW* | | *6 мес.* |
| *11* | | *ЭКГ с расшифровкой* | | *1 месяц* |
| *12* | | *Справка от участкового врача-педиатра о перенесенных инфекционных заболеваниях и профилактических прививках* | | *1 месяц* |
| *13* | | *Консультация врача-отоларинголога* | | *1 месяц* |
| *14* | | *Консультация врача-стоматолога (о полной санации полости рта)* | | *1 месяц* |
| *15* | | *Консультация невролога, кардиолога-по показаниям, при патологии - заключение о возможности проведения общей анестезии.* | | *1 месяц* |
| *16* | | *При врожденной патологии глаз и орбиты (катаракта, глаукома, увеит, аномалия развития) ребенок и мать ребенка в обязательном порядке должна*  *быть обследована на хронические инфекции (токсоплазмоз, туберкулез, цитомегаловирус)* | | *1 месяц* |
| *17* | *Заключение врача-аллерголога и врача-ревматолога если ребенок состоит на учете у данных специалистов.* | | *1 мес.* | |
| *18* | *Заключительная консультация врача-педиатра с проверкой всех анализов и заключением о возможности нахождения ребенка в хирургическом стационаре и проведении общей анестезии в многопрофильном лечебном учреждении. Сведения о прививках.* | | *7 дней* | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | ***Дети (до 18 лет) при госпитализации на курс консервативного лечения (аппаратное лечение) необходимо иметь:*** | |  |
| *№* | | *Исследование* | | *Срок действия исследования* |
| *1* | | *Справка из СЭС об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 21 дня по месту жительства и учебы.* | | *3 дня* |
| *2* | | *Клинический анализ крови* | | *1 месяц* |
| *3* | | *Общий анализ мочи* | | *1 месяц* |
| *4* | | *Анализ кала на яйца глистов* | | *1 месяц* |
| *5* | | *Анализ кала на кишечную группу (неорганизованные дети до 2лет)* | | *1 месяц* |
| *6* | | *Соскоб на энтеробиоз* | | *1 месяц* |
| *7* | | *Справка от участкового врача-педиатра о перенесенных инфекционных заболеваниях и профилактических прививках* | | *7 дней* |
| *8* | *Заключительная консультация врача-педиатра. Сведения о прививках.* | | *7 дней* | |

***Зондирование слезных канальцев (ребенок до 1 года)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *№* | *Исследование* | *Срок действия исследования* |
| *1* | *Общий анализ крови* | *1 месяц* |
| *2* | *Общий анализ мочи* | *1 месяц* |
| *3* | *Консультация детского невролога* | *1 месяц* |
| *4* | *Консультация педиатра* | *1 месяц* |
| *5* | *Справка СЭС* | *3 дня* |
| *6* | *Анализ крови матери на наличие антител к ВИЧ, RW, HCV. HbS-Ag.*  *При положительных результатах - заключение врача-инфекциониста* | *6 месяцев* |

***К сведению родителей (законных представителей) ребенка:***

*1) Перед хирургическим лечением ребенок должен быть здоров - после перенесенного ОРВИ не менее 1 мес, детского инфекционного заболевании не менее 3 месяцев!*

*2)Результаты лабораторных и инструментальных исследований, заключения врачей-специалистов  
должны быть действительны к назначенной дате госпитализации!*

*3)При необходимости индивидуального ухода (детям до 7 лет, в послеоперационном периоде и на  
время обследования под наркозом) родителю или законному представителю необходимо иметь:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *№* | *Исследование* | *Срок действия исследования* |
| *1* | *Рентгенография грудной клетки или флюорография.* | *1 год* |
| *2* | *Кал на я/глистов, ц/лямблий* | *1 месяц* |
| *3* | *Соскоб на энтеробиоз* | *1 месяц* |
| *4* | *Анализ кала на диз. группу (при уходе за неорганизованным ребенком до 2-х лет.)* | *1 месяц* |