

**ПАМЯТКА ДЛЯ ПОСТУПАЮЩИХ НА ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. ЭНДОТРАХЕАЛЬНЫЙ НАРКОЗ**

| № п/п            | НАИМЕНОВАНИЕ   | СРОК ДЕЙСТВИЯ | ГДЕ ВЗЯТЬ  | ПРИМЕЧАНИЕ  | ОТМЕТИТЬ НАЛИЧИЕ |
|------------------|--|---------------|--|---|------------------|
| <b>ДОКУМЕНТЫ</b> |  |               |  |   |                  |
| 1                | Страховой полис ребенка  |               |  |   |                  |
| 2                | Паспорт для пациентов старше 14 лет  |               |  |   |                  |
| 3                | Свидетельство о рождении для детей младше 14 лет   |               |  |   |                  |
| 4                | Паспорт законного представителя (мать/отец/опекун + документ, подтверждающий статус законного представителя пациента)  |               |  | Родственники пациента (братья, сестры, дедушки и бабушки) и супруги родителей (мачеха, отчим) считаются третьими лицами, если они не являются опекунами ребенка |                  |
| 5                | Нотариально заверенное согласие законных представителей на представление законных интересов ребенка в ЛПУ для пациентов младше 15 лет                                      |               |  | <b>Только для третьих лиц</b>   |                  |
| 6                | Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию профильного специалиста поликлиники (форма N 057/У-04) в ДГМКЦ ВМТ им. К. А. Раухфуса |               | Районная поликлиника   | Проверьте наличие штампа и печати поликлиники   |                  |
| 7                | Прививочный сертификат ребенка + ксерокопия  |               |  |   |                  |
| 8                | Справка об отсутствии карантина по месту жительства  | 24 часа       | Районная поликлиника/<br>СЭС   |   |                  |
| 9                | Справка об отсутствии карантина по месту учебы (я/с, д/с, школа, колледж и т.д.) с последнего дня посещения  | 24 часа       | Учебное заведение  | <b>Из школ не предоставляется</b> в период с 21.06. по 01.09.   |                  |
| 10               | Краткая выписка из амбулаторной карты ребенка с указанием основного и сопутствующего заболеваний   | 1 месяц       | Районная поликлиника   |   |                  |
| 11               | Справка от педиатра о состоянии здоровья ребенка (с указанием перенесенных инфекций) и об отсутствии противопоказаний к плановому оперативному лечению                     | 10 дней       | Районная поликлиника   |   |                  |
| 12               | Справка от врача-специалиста, у которого ребенок состоит на диспансерном учете, об отсутствии противопоказаний для планового оперативного лечения                          | 1 месяц       | Районная поликлиника   |   |                  |
| 13               | Справка от стоматолога о санации полости рта   | 1 месяц       | Районная стоматологическая поликлиника/<br>частная стоматологическая клиника |   |                  |

|  |  |                              |   |  |  |
|--|--|------------------------------|---|--|--|
| 14   | Справка от лор-врача об отсутствии противопоказаний для планового оперативного лечения                   | 1 месяц                      | Районная поликлиника                    | Только для офтальмологического отделения |  |
| <b>ОБСЛЕДОВАНИЯ</b>                        |  |                              |   |  |  |
| 1  | <b>ПЦР мазка из зева и носа на COVID-19</b>  | <b>7 дней момента забора</b> | <b>Поликлиника/ частная лаборатория</b> | <b>Пациенту и сопровождающему лицу</b>   |  |
| 2  | Биохимический анализ крови (АЛТ, билирубин, общий белок, К, Na, Са)                                      | 10 дней                      | Поликлиника/ частная лаборатория        |  |  |
| 2  | Клинический анализ крови + тромбоциты + ДК + ВСК   | 10 дней                      | Поликлиника/ частная лаборатория        |  |  |
| 3  | Анализ крови на Hbs, HSc антиген   | 6 месяцев                    | Поликлиника/ частная лаборатория        |  |  |
| 4  | Анализ крови на коагулограмму (АЧТВ, фиброген, протромбиновое время, МНО)                                | 10 дней                      | Поликлиника/ частная лаборатория        |  |  |
| 5  | Анализ на группу крови и резус фактор  | 1 месяц                      | Поликлиника/ частная лаборатория        |  |  |
| 6  | Общий анализ мочи  | 10 дней                      | Поликлиника/ частная лаборатория        |  |  |
| 7  | Анализ кала на дизгруппу (для детей младше двух лет)   | 14 дней                      | Поликлиника/ частная лаборатория        |  |  |
| 8  | Анализ кала на я/глистов   | 10 дней                      | Поликлиника/ частная лаборатория        |  |  |
| 9  | Соскоб на энтеробиоз   | 10 дней                      | Поликлиника/ частная лаборатория        |  |  |
| 10   | Электрокардиограмма (лента + заключение)   | 1 месяц                      | Поликлиника/ частная клиника            |  |  |
| 11   | Обзорная рентгенография органов грудной клетки + заключение  | 3 месяца                     | Поликлиника/ частная клиника            |  |  |
| 12   | Рентгенограмма околоносовых пазух + заключение   | 1 месяц                      | Поликлиника/ частная клиника            | Только для лор-отделения                 |  |
| 13   | Флюорография законного представителя (мать/отец/опекун), находящегося в стационаре по уходу за пациентом | 1 год                        | Поликлиника/ частная клиника            |  |  |
| <b>ХОЗЯЙСТВЕННО-БЫТОВЫЕ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ</b> |  |                              |   |  |  |
| 1  | Кружка, ложка, туалетные принадлежности  |                              |   |  |  |
| 2  | Свободная одежда, тапочки  |                              |   |  |  |
| 3  | Комплект чистого нательного белья свободного покроя для операционной                                     |                              |   |  |  |