

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОД **ЭНДОТРАХЕАЛЬНЫМ НАРКОЗОМ**

ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАПРАВЛЕНИЕ ИЗ ПОЛИКЛИНИКИ - **ФОРМА 057/У**

ОБРАЩАЕМ ВАШЕ ВНИМАНИЕ, ЧТО ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО АДРЕСУ ЛИГОВСКИЙ ПР. , Д. 8. ВРЕМЯ НАЧАЛА - **В 9.15**

В ЭТОЙ ПАМЯТКЕ МЫ РАССКАЖЕМ ВАМ КАК ПРАВИЛЬНО ПОДГОТОВИТЬСЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

ШАГ 1 (ДОКУМЕНТЫ) ➡ **ШАГ 2** (ПЕРЕЧЕНЬ АНАЛИЗОВ. РЕБЕНОК) ➡ **ШАГ 3** (ПЕРЕЧЕНЬ АНАЛИЗОВ. СОПРОВОЖДАЮЩИЙ)

**ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ НАЧИНАЕТСЯ ТОЛЬКО ПОСЛЕ ТОГО, КАК БУДЕТ НАЗНАЧЕНА ДАТА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ, БУДЬТЕ ВНИМАТЕЛЬНЫ!
АНАЛИЗЫ И ИССЛЕДОВАНИЯ ИМЕЮТ СРОК ГОДНОСТИ И К НАЗНАЧЕННОЙ ДАТЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДОЛЖНЫ СООТВЕТСТВОВАТЬ ЭТИМ СРОКАМ.**

ШАГ 1. ПРОВЕРКА ГОТОВНОСТИ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ.

ПЕРЕД ГОСПИТАЛИЗАЦИЕЙ ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМО СНЯТЬ ЛЮБОЕ ПОКРЫТИЕ С НОГТЕЙ (ЛАК, ГЕЛЬ-ЛАК, НАРОЩЕННЫЕ НОГТИ И Т.П.)

ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ В СПБ ГБУЗ «ДГМКЦ ВМТ ИМЕНИ К.А. РАУХФУСА» ИЗ ПОЛИКЛИНИКИ ПО МЕСТУ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА ПО ПОЛИСУ ОМС (**ФОРМА 057/У**).

Направление оформляется врачом поликлиники, к которой пациент прикреплен по полису ОМС. Уточнить, к какой поликлинике прикреплен ребенок по полису ОМС, вы можете, обратившись в свою страховую компанию ОМС.

Наличие штампа, печати учреждения, подписи заведующего отделением и лечащего врача является обязательными, в соответствии с утвержденной инструкцией по заполнению формы 0-57 /у.

СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ ДО 18 ЛЕТ.

ПАСПОРТ ДЛЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕ 14 ЛЕТ + СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ

ПАСПОРТ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ/ РОДИТЕЛЕЙ РЕБЕНКА/ ОПЕКУНА/ ДОВЕРЕННОГО ЛИЦА

ДОВЕРЕННОСТЬ ОТ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РЕБЕНКА ТРЕТЬИМИ ЛИЦАМИ НА ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ИНТЕРЕСОВ РЕБЕНКА

СВЕДЕНИЯ О ДЕЙСТВУЮЩЕМ ПОЛИСЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (НОМЕР, НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ)

СНИЛС ПАЦИЕНТА.

УДОСТОВЕРЕНИЕ ИНВАЛИДА ИЛИ СПРАВКА МСЭ (ПРИ НАЛИЧИИ).

ВСЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗОВ И ИССЛЕДОВАНИЙ, СОГЛАСНО ПАМЯТКЕ.

КОПИЯ СЕРТИФИКАТА О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ (ФОРМА № 156/У-93) ИЛИ КОПИЯ КАРТЫ

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК (ФОРМА № 063/У) , ЛИБО СПРАВКА ОТ ПЕДИАТРА С УКАЗАНИЕМ ВСЕХ ПРОВЕДЁННЫХ ПРИВИВОК/О НАЛИЧИИ МЕДИЦИНСКОГО ОТВОДА ОТ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ.

ВНИМАНИЕ! В течение 60 дней до госпитализации не должна проводиться вакцинация ОПВ (оральной полиомиелитной вакциной).

СПРАВКА ОБ ОТСУТСТВИИ КАРАНТИНА ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА – ВЫДАЕТСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА - **ДЕЙСТВИТЕЛЬНА 24 ЧАСА** (в случае госпитализации в понедельник возможно предоставить справку последним рабочим днем, в случае госпитализации иногородних лиц возможно предоставить справку от даты отъезда).

СПРАВКА ОБ ОТСУТСТВИИ КАРАНТИНА ИЗ ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ (Я/С, Д/С, ШКОЛА, КОЛЛЕДЖ И Т.Д.) С ПОСЛЕДНЕГО ДНЯ ПОСЕЩЕНИЯ- **ДЕЙСТВИТЕЛЬНА 24 ЧАСА** (в случае госпитализации в понедельник возможно предоставить справку последним рабочим днем, в случае госпитализации иногородних лиц возможно предоставить справку от даты отъезда).

Для учащихся средних, средних-специальных учреждений, ВУЗов с 21.06 по 31.08 справка об отсутствии карантина в учреждении не предоставляется.

В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ РЕБЕНОК НАХОДИТСЯ НА ДОМАШНЕМ ОБУЧЕНИИ, ОБ ЭТОМ ДОЛЖНА БЫТЬ ПРЕДОСТАВЛЕНА СПРАВКА ИЗ ДЕТСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ С УКАЗАНИЕМ ПОСЛЕДНЕГО ДНЯ ПОСЕЩЕНИЯ.

СХЕМА РАСПОЛОЖЕНИЯ
ОТДЕЛЕНИЙ



УВАЖАЕМЫЕ РОДИТЕЛИ, ДЕТИ НА ПЛАНОВУЮ ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ С ПРИЗНАКАМИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ **НЕ ДОПУСКАЮТСЯ**, ПРОСЬБА СВЯЗЫВАТЬСЯ С СОТРУДНИКАМИ ОТДЕЛЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ПЕРЕНОСА ДАТЫ ПЛАНОВОГО ЛЕЧЕНИЯ, ЛИБО НАПРАВИТЬ УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТКАЗЕ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ НА ОФИЦИАЛЬНУЮ ПОЧТУ УЧРЕЖДЕНИЯ (E-MAIL: RAUHUS@ZDRAV.SPB.RU)!

ПРОХОЖДЕНИЕ НЕОБХОДИМЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ И КОНСУЛЬТАЦИЙ.

ШАГ 2. РЕБЕНОК

БЕССРОЧНО:

- ГРУППА КРОВИ, РЕЗУС ФАКТОР

ДЕЙСТВИТЕЛЬНЫ 10 ДНЕЙ:

- КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ (РАЗВЕРНУТЫЙ)

- ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ

БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ: ОБЩИЙ БЕЛОК,

- КРЕАТИНИН, МОЧЕВИНА, ОБЩИЙ БИЛИРУБИН, ГЛЮКОЗА, АЛТ, АСТ, СА2+, К, НА, СL

- КОАГУЛОГРАММА (АЧТВ, ПРОТРОМБИНОВОЕ ВРЕМЯ, МНО, ФИБРИНОГЕН)

АНАЛИЗ КАЛА НА ПАТОГЕННУЮ КИШЕЧНУЮ ГРУППУ (САЛЬМОНЕЛЛЫ И ШИГЕЛЛЫ) ДЛЯ ДЕТЕЙ ДО 2 ЛЕТ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО

- КАЛ НА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ

- СОСКОБ НА ЭНТЕРОБИОЗ

СПРАВКА ОТ ВРАЧА — ПЕДИАТРА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА С УКАЗАНИЕМ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ, ОБ

- ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ, ПРОВЕДЕНИЮ МАНИПУЛЯЦИЙ И ОПЕРАЦИЙ ПОД ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИЕЙ.

ДЕЙСТВИТЕЛЬНЫ 6 МЕСЯЦЕВ:

- РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ (ДИСК + ОПИСАНИЕ)

ВАЖНО! В случае, если ребенок в течение последних 6 месяцев перед госпитализацией переносил острое заболевание бронхо-легочной системы, рентгенография должна быть сделана после выздоровления.

ДЕЙСТВИТЕЛЬНЫ 1 МЕСЯЦ:

- АНАЛИЗ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ.

- АНАЛИЗ НА СИФИЛИС (РМП + РПГА ИЛИ ИФА)

- АНАЛИЗЫ НА МАРКЕРЫ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В И С (HBSA G И ANTI-HCV)

- ЭКГ (ЛЕНТА С РАСШИФРОВКОЙ КАРДИОГРАММЫ)

- РЕНТГЕНОГРАММА ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ: ДИСК + ОПИСАНИЕ (ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ЛОР ОТДЕЛЕНИЯ)

КРАТКАЯ ВЫПИСКА ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ РЕБЕНКА, С УКАЗАНИЕМ ОСНОВНОГО И СОПУТСТВУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЙ

ЗАКЛЮЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ — СПЕЦИАЛИСТОВ, ПРИ НАЛИЧИИ У РЕБЕНКА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ, ОБ ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ, ВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИЙ И ОПЕРАЦИЙ ПОД ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИЕЙ.

- СПРАВКА ОТ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ДЕТЯМ ОТ 1 ГОДА С УКАЗАНИЕМ, ЧТО «ПОЛОСТЬ РТА САНИРОВАНА» (ПРИ НАЛИЧИИ КАРИЕСА — ПРОВЕСТИ САНАЦИЮ ЗУБОВ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА)

СПРАВКА ОТ ЛОР-ВРАЧА ОБ ОТСУТСТВИИ

- ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ПЛАНОВОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ (ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ)

ДЕЙСТВИТЕЛЬНЫ 6-8 МЕСЯЦЕВ:

КОНУСНО-ЛУЧЕВАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ (КЛКТ) ОБЕИХ ЧЕЛЮСТЕЙ (ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ НА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОБЛАСТИ ЧЕЛЮСТИ) (ДИСК + ОПИСАНИЕ).

ШАГ 3. СОПРОВОЖДАЮЩИЙ

ДЛЯ ЛИЦ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ

ПАСПОРТ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ (МАТЬ/ОТЕЦ/ОПЕКУН + ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ СТАТУС ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА);

для лиц, не являющихся законными представителями НЕОБХОДИМО ПРЕДЪЯВИТЬ СОГЛАСИЕ ЗАКОННЫХ

- ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ НА ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ИНТЕРЕСОВ РЕБЕНКА В ЦЕНТРЕ (ОБРАЗЕЦ ДОКУМЕНТА МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ЗДЕСЬ: ССЫЛКА) + КОПИЮ ПАСПОРТА ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ.

- ФЛЮОРОГРАФИЯ, СРОК ГОДНОСТИ 1 ГОД.

КОПИЯ СЕРТИФИКАТА О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ (ФОРМА № 156/У-93) ИЛИ КОПИЯ КАРТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК (ФОРМА № 063/У) с указанием сведений о двух прививках против кори, при их отсутствии необходимо предоставить справку о перенесенном заболевании корью или результат анализа крови на антитела IgG к вирусу кори в защитных титрах (действителен 5 лет). В случае наличия постоянного или длительного медицинского отвода от профилактических прививок, должна быть предоставлена справка о медицинском отводе из поликлиники по месту проживания.

- АНАЛИЗ КАЛА НА ПАТОГЕННУЮ КИШЕЧНУЮ ГРУППУ (САЛЬМОНЕЛЛЫ И ШИГЕЛЛЫ) ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ ДО 2 ЛЕТ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО

СХЕМА РАСПОЛОЖЕНИЯ
ОТДЕЛЕНИЙ



ОБРАЩАЕМ ВАШЕ ВНИМАНИЕ, ПРИЕМ НА СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ТОЛЬКО ПРИ НАЛИЧИИ СВЕДЕНИЙ ОБ ИММУННОМ СТАТУСЕ, КАСАЮЩИХСЯ КОРИ И ТУБЕРКУЛЕЗА :

1. ПРОФИЛАКТИКА КОРИ:

В СВЯЗИ С НАПРЯЖЕННОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКОЙ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОРЬЮ, ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ НЕОБХОДИМО ПРЕДОСТАВИТЬ СВЕДЕНИЯ О ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ КОРИ:

СВЕДЕНИЯ О ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ КОРИ ПО ВОЗРАСТУ (С 1 ГОДА ДО 6 ЛЕТ — ОДНОКРАТНО, СТАРШЕ 6 ЛЕТ ДВУКРАТНО) ИЛИ СПРАВКА О ПЕРЕНЕСЕННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ КОРЬЮ. ВМЕСТО ПРИВИВОК ДОПУСКАЕТСЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТА АНАЛИЗА КРОВИ НА АНТИТЕЛА IGG К ВИРУСУ КОРИ В ЗАЩИТНЫХ ТИТРАХ (ДЕЙСТВИТЕЛЕН 5 ЛЕТ).

В СЛУЧАЕ НАЛИЧИЯ ПОСТОЯННОГО ИЛИ ДЛИТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОТВОДА ОТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК, ДОЛЖНА БЫТЬ ПРЕДОСТАВЛЕНА СПРАВКА О МЕДИЦИНСКОМ ОТВОДЕ ИЗ ПОЛИКЛИНИКИ ПО МЕСТУ ПРОЖИВАНИЯ.

2. ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА:

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСТАНОВКИ РЕАКЦИИ МАНТУ ДЕТЯМ ОТ 1 ГОДА ДО 7 ЛЕТ, ДЕТЯМ ОТ 7 ДО 14 ЛЕТ — РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАСКИН-ТЕСТА, ИЛИ РЕАКЦИИ МАНТУ (С ПРЕДОСТАВЛЕНИЕМ ВСЕХ РЕЗУЛЬТАТОВ) (СРОК ГОДНОСТИ РЕАКЦИИ МАНТУ И ДИАСКИН-ТЕСТА — 1 ГОД).

ПРИ ОТСУТСТВИИ ДАННЫХ О РЕЗУЛЬТАТАХ РЕАКЦИИ МАНТУ ИЛИ ДИАСКИН-ТЕСТА НЕОБХОДИМО ПРЕДОСТАВИТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕНТГЕНОГРАФИИ ЛЕГКИХ (С ОПИСАНИЕМ) И ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВРАЧА -ФТИЗИАТРА О ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕБЫВАНИЯ В ДЕТСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ (СРОК ДЕЙСТВИЯ РЕНТГЕНОГРАФИИ — 1 ГОД, ЗАКЛЮЧЕНИЯ ФТИЗИАТРА — 1 МЕСЯЦ);

!!! ПРИ НАЛИЧИИ ВИРАЖА ТУБЕРКУЛИНОВЫХ ПРОБ, ГИПЕРПРОБЫ, ИЗМЕНЕНИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ФЛЮОРОГРАФИИ — ПРЕДОСТАВИТЬ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВРАЧА-ФТИЗИАТРА С УКАЗАНИЕМ, ЧТО ПАЦИЕНТ МОЖЕТ БЫТЬ ГОСПИТАЛИЗИРОВАН В ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР (ДЕЙСТВИТЕЛЬНО В ТЕЧЕНИЕ 1 МЕСЯЦА).