

ПАМЯТКА ДЛЯ ПОСТУПАЮЩИХ НА ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. ЭНДОТРАХЕАЛЬНЫЙ НАРКОЗ

№ п/п	НАИМЕНОВАНИЕ	СРОК ДЕЙСТВИЯ	ГДЕ ВЗЯТЬ	ПРИМЕЧАНИЕ	ОТМЕТИТЬ НАЛИЧИЕ
ДОКУМЕНТЫ					
1	Страховой полис ребенка				
2	Паспорт для пациентов старше 14 лет				
3	Свидетельство о рождении для детей младше 14 лет				
4	СНИЛС ребенка				
5	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	
6	Нотариально заверенное согласие законных представителей на представление законных интересов ребенка в ЛПУ для пациентов младше 15 лет			Только для третьих лиц	
7	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	
8	Прививочный сертификат ребенка + ксерокопия				
9	Справка об отсутствии карантина по месту жительства	24 часа	Районная поликлиника/ СЭС		
10	Справка об отсутствии карантина по месту учебы (я/с, д/с, школа, колледж и т.д.) с последнего дня посещения	24 часа	Учебное заведение	Из школ не предоставляется в период с 21.06. по 01.09.	
11	Краткая выписка из амбулаторной карты ребенка с указанием основного и сопутствующего заболеваний	1 месяц	Районная поликлиника		
12	Справка от педиатра о состоянии здоровья ребенка (с указанием перенесенных инфекций) и об отсутствии противопоказаний к плановому оперативному лечению	10 дней	Районная поликлиника		
13	Справка от врача-специалиста, у которого ребенок состоит на диспансерном учете, об отсутствии противопоказаний для планового оперативного лечения	1 месяц	Районная поликлиника		

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

2	Свободная одежда, тапочки	
3	Комплект чистого нательного белья свободного покроя для операционной	