

**ПАМЯТКА ДЛЯ ПОСТУПАЮЩИХ НА ЛЕЧЕНИЕ В ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР**

№ п/п	НАИМЕНОВАНИЕ	СРОК ДЕЙСТВИЯ	ГДЕ ВЗЯТЬ	ПРИМЕЧАНИЕ	ОТМЕТИТЬ НАЛИЧИЕ
<b>ДОКУМЕНТЫ</b>					
1	Страховой полис ребенка				
2	Паспорт для детей старше 14 лет				
3	Свидетельство о рождении для детей младше 14 лет				
4	СНИЛС ребенка				
5	Паспорт законного представителя (мать/отец/опекун)			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			<b>Только для третьих лиц</b>	
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/Проверьте: 1. Наименование учреждения, куда направлен пациент 2. Профиль отделения, куда направлен пациент. 3. Цель направления 4. Должность, подпись, ФИО направляющего врача 5. ФИО и подпись заведующего отделением/поликлиникой 6. Штамп поликлиники 7. Печать поликлиники наличие штампа и печати поликлиники	
8	Амбулаторная карта пациента, результаты ранее проведенных обследований		Районная поликлиника		
9	Прививочный сертификат ребенка + ксерокопия				
10	Справка об отсутствии карантина по месту жительства	24 часа	Районная поликлиника/ СЭС		
11	Справка об отсутствии карантина по месту учебы (я/с, д/с, школа, колледж и т.д.) с последнего дня посещения	24 часа	Дошкольное/ Учебное заведение	<b>Из школ не предоставляется в период с 21.06. по 01.09.</b>	
<b>ОБСЛЕДОВАНИЯ</b>					
1	Анализ крови на АЛТ	10 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
2	Клинический анализ крови	10 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		

3	Общий анализ мочи	10 дней	Поликлиника / частная		
4	Анализ кала на я/глистов	10 дней	Поликлиника / частная лаборатория		
5	Соскоб на энтеробиоз	10 дней	Поликлиника / частная лаборатория		
6	Флюорография для пациентов старше 15 лет	1 год	Поликлиника / частная		
7	Флюорография законного представителя (мать/отец/опекун), находящегося в стационаре по уходу за пациентом	1 год	Поликлиника/ частная лаборатория		
<b>ХОЗЯЙСТВЕННО-БЫТОВЫЕ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ</b>					
1	Сменная обувь для пациента				
2	Бахилы для сопровождающего				
<b>ВНИМАНИЕ!</b>					
1	В случае отказа от госпитализации по какой-либо причине, напишите об этом на почту <a href="mailto:rauhfus@zdrav.spb.ru">rauhfus@zdrav.spb.ru</a> (причину можно не указывать). Тогда этим местом сможет воспользоваться другой нуждающийся ребенок.				