

ПАМЯТКА ДЛЯ ПОСТУПАЮЩИХ НА ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. МАСОЧНЫЙ/ВНУТРИВЕННЫЙ НАРКОЗ

Обращаем ваше внимание, что тип наркоза окончательно выбирает врач-анестезиолог во время консультации при поступлении пациента на плановую госпитализацию в зависимости от показаний.

№ п/п	НАИМЕНОВАНИЕ	СРОК ДЕЙСТВИЯ	ГДЕ ВЗЯТЬ	ПРИМЕЧАНИЕ	ОТМЕТИТЬ НАЛИЧИЕ
ДОКУМЕНТЫ					
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 + 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			Профилактические прививки за 30 дней до операции не делать	
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	Выписка из амбулаторной карты ребенка с указанием состояния органа зрения за последние 2 года	1 месяц	Районная поликлиника	Только для офтальмологического отделения	
16	Справка от лор-врача об отсутствии противопоказаний для планового оперативного лечения	1 месяц	Районная поликлиника	Только для офтальмологического отделения	
ОБСЛЕДОВАНИЯ					
1	Анализ крови на АЛТ	10 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
2	Клинический анализ крови + тромбоциты	10 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
3	Анализ крови на коагулограмму (АЧТВ, фибриноген, протромбиновое время, МНО)	10 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
4	Анализ крови на HbsAg, anti-HCv	6 месяцев	Поликлиника/ частная лаборатория		
5	Общий анализ мочи	10 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
6	Анализ кала на дизгруппу (для детей младше двух лет)	14 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
7	Анализ кала на я/глистов	10 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
8	Соскоб на энтеробиоз	10 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
9	Флюорография для пациентов старше 15 лет	1 год	Поликлиника/ частная клиника		
10	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				
ВНИМАНИЕ!					
1	В случае отказа от госпитализации по какой-либо причине, напишите об этом на почту rauhfus@zdrav.spb.ru (причину можно не указывать), ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ - 4otd@rauhfus.ru . Тогда этим местом сможет воспользоваться другой нуждающийся ребенок.				
2	Перед госпитализацией необходимо снять любое покрытие с ногтей (лак, гель-лак, нарощенные ногти и т.п.).				