

## ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

| №    | ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ РЕБЕНКА ДО 18 ЛЕТ                                                                                                                                                                                          | Сроки                                    | Примечание                                                                                                                                                                                                                                |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.   | Направление на госпитализацию                                                                                                                                                                                             | 30 дней                                  | С девятизначным номером, зарегистрированным в ЕИР, датой и печатью направившего ЛПУ.                                                                                                                                                      |
| 2.   | <b>Выписка из истории развития ребенка</b> (медицинской карты амбулаторного больного) с указанием данных:                                                                                                                 |                                          |                                                                                                                                                                                                                                           |
| 2.1  | О профилактических прививках за весь период жизни ребенка, либо копия карты профпрививок (ф. №063/у), либо копия сертификата о профпрививках (ф. № 156/у-93)                                                              | 30 дней                                  | <b><u>После вакцинации живой полиомиелитной вакциной госпитализация возможна только через 60 дней.</u></b> При мед. отводе или отказе от прививки – заключение специалиста (педиатра).                                                    |
| 2.2  | Об обследовании на туберкулез за весь период жизни ребенка: 0-7 лет, 11 мес. – результаты реакции Манту, 8-14 лет, 11 мес. – результаты Диаскин-теста, 15-17 лет, 11 мес. – результаты Диаскин теста, <b>флюорография</b> | Не более года от последнего обследования | В случае положительной реакции (реакция Манту папула 5 мм и более, Диаскин-тест), а также при отказе от проведения тубдиагностики, необходимо предоставить письменное заключение врача – фтизиатра об отсутствии заболевания туберкулезом |
| 2.3. | Справка об эпидемическом окружении                                                                                                                                                                                        | 3 дня                                    | Отсутствие контактов с инфекционными больными                                                                                                                                                                                             |
| 3.   | Копию справки МСЭ (ребенок-инвалид)                                                                                                                                                                                       |                                          | При наличии                                                                                                                                                                                                                               |
| 4.   | Полис обязательного медицинского страхования                                                                                                                                                                              |                                          | оригинал и/или копия                                                                                                                                                                                                                      |
| 5.   | Свидетельство о рождении, с 14 лет - паспорт                                                                                                                                                                              |                                          | оригинал и/или копия                                                                                                                                                                                                                      |
| 6.   | СНИЛС                                                                                                                                                                                                                     |                                          | оригинал и/или копия                                                                                                                                                                                                                      |
|      | <b>Подлинники результатов проведенных исследований</b>                                                                                                                                                                    |                                          |                                                                                                                                                                                                                                           |
| 1.   | Клинический анализ крови                                                                                                                                                                                                  | До 14 дней                               |                                                                                                                                                                                                                                           |
| 2.   | Анализ крови на сифилис (РМП или её аналоги; ИФА или РПГА) <b>или !!! ЭДС – срок годности 7 дней</b>                                                                                                                      | 1 год                                    | При положительном результате - предоставить заключение от врача дерматовенеролога об отсутствии заразности для окружающих                                                                                                                 |
| 3.   | Общий анализ мочи                                                                                                                                                                                                         | До 14 дней                               |                                                                                                                                                                                                                                           |
| 4.   | Анализ кала на яйца гельминтов, цисты лямблий                                                                                                                                                                             | 6 мес.                                   |                                                                                                                                                                                                                                           |
| 5.   | Соскоб на энтеробиоз                                                                                                                                                                                                      | 6 мес.                                   |                                                                                                                                                                                                                                           |
| 6.   | Анализ кала на ротавирусную инфекцию детям                                                                                                                                                                                | До 10 дней                               | до 5 лет 11 мес                                                                                                                                                                                                                           |
| 7.   | Бак.посев кала на дизентерийную и тифо-паратифозную группы                                                                                                                                                                | 14 дней                                  | до возраста 2 лет 11 мес                                                                                                                                                                                                                  |
| 8.   | Исследование на Ковид -19: ПЦР тест или Экспресс-тест                                                                                                                                                                     | 48 / 12 часов                            | ПЦР-тест – 48 часов / Экспресс-тест 12 часов – в день госпитализации                                                                                                                                                                      |
| 9.   | Флюорография                                                                                                                                                                                                              | 1 год                                    | с 15 лет                                                                                                                                                                                                                                  |

### **ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ**

| <b>№</b>                                          | <b>ЛИЦО ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ</b>                                                              | <b>Сроки</b>  | <b>Примечание</b>                                                                                                         |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                                                | Паспорт + Номер СНИЛС                                                                         |               | оригинал и/или копия                                                                                                      |
| 2.                                                | Данные о прививках (дифтерия, корь)                                                           |               | При мед. отводе или отказе от прививки – заключение специалиста                                                           |
| <b>Подлинники результатов своего обследования</b> |                                                                                               |               |                                                                                                                           |
| 3.                                                | Анализ крови на сифилис (РМП или её аналоги; ИФА или РПГА) или !!! ЭДС – срок годности 7 дней | 1 год         | При положительном результате - предоставить заключение от врача дерматовенеролога об отсутствии заразности для окружающих |
| 4.                                                | Анализ кала на яйца гельминтов, цисты лямблий                                                 | 9 мес.        |                                                                                                                           |
| 5.                                                | Бак.посев кала на дизентерийную и тифо-паратифозную группы                                    | 14 дней       | По уходу за детьми до возраста 2-х лет 11 мес                                                                             |
| 6.                                                | Исследование на Ковид -19: ПЦР тест или Экспресс-тест                                         | 48 / 12 часов | ПЦР-тест – 48 часов / Экспресс-тест 12 часов – в день госпитализации                                                      |
| 7.                                                | Флюорография                                                                                  | 1 год         |                                                                                                                           |

### **ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ**

| <b>№</b>                                               | <b>ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ВЗРОСЛОГО</b>                                                               | <b>Сроки</b>  | <b>Примечание</b>                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                                                     | Направление на госпитализацию                                                                 | 30 дней       | С девятизначным номером, зарегистрированным в ЕИР, датой и печатью направившего ЛПУ.                                                                                                    |
| 2.                                                     | Заключение терапевта                                                                          | 7 дней        |                                                                                                                                                                                         |
| 3.                                                     | Данные о прививках (дифтерия, корь)                                                           |               | <u><b>После вакцинации живой полиомиелитной вакциной госпитализация возможна только через 60 дней.</b></u> При мед. отводе или отказе от прививки – заключение специалиста (терапевта). |
| 4.                                                     | Полис обязательного медицинского страхования                                                  |               | оригинал и/или копия                                                                                                                                                                    |
| 5.                                                     | Свидетельство о рождении, с 14 лет - паспорт                                                  |               | оригинал и/или копия                                                                                                                                                                    |
| 6.                                                     | СНИЛС                                                                                         |               | оригинал и/или копия                                                                                                                                                                    |
| <b>Подлинники результатов проведенных исследований</b> |                                                                                               |               |                                                                                                                                                                                         |
| 1.                                                     | Клинический анализ крови                                                                      | До 14 дней    |                                                                                                                                                                                         |
| 2.                                                     | Анализ крови на сифилис (РМП или её аналоги; ИФА или РПГА) или !!! ЭДС – срок годности 7 дней | 1 год         | При положительном результате - предоставить заключение от врача дерматовенеролога об отсутствии заразности для окружающих                                                               |
| 3.                                                     | Общий анализ мочи                                                                             | До 14 дней    |                                                                                                                                                                                         |
| 4.                                                     | Анализ кала на яйца гельминтов, цисты лямблий                                                 | 6 мес.        |                                                                                                                                                                                         |
| 5.                                                     | Соскоб на энтеробиоз                                                                          | 6 мес.        |                                                                                                                                                                                         |
| 8.                                                     | Исследование на Ковид -19: ПЦР тест или Экспресс-тест                                         | 48 / 12 часов | ПЦР-тест – 48 часов / Экспресс-тест 12 часов – в день госпитализации                                                                                                                    |
| 9.                                                     | Флюорография                                                                                  | 1 год         |                                                                                                                                                                                         |

## ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

| <b>!!!! ДОПОЛНИТЕЛЬНО !!!! ДЕТЯМ, ПОСТУПАЮЩИМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ (подлинники)</b> |                                                                                                                    |              |                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>№</b>                                                                                           | <b>Исследования</b>                                                                                                | <b>Сроки</b> | <b>Примечание</b>                                                                                                                                                              |
| 1.                                                                                                 | Клинический анализ крови (развернутый) + тромбоциты+ЭДС                                                            | 7 дней       | Вместо стандартного клинического анализа крови                                                                                                                                 |
| 2.                                                                                                 | Коагулограмма                                                                                                      | 7 дней       | Обязательные показатели: протромбиновый индекс (ПТИ), толерантность плазмы к гепарину (ТПГ), фибриноген, активированное частичное тромбоцитопластинное время (АЧТВ)            |
| 3.                                                                                                 | Анализ крови на гепатиты: HBS a/г + HCV a/г                                                                        | 3 мес.       | При положительном результате 1) заключение от врача инфекциониста о возможности проведения оперативного лечения<br>2) Тест на ВИЧ                                              |
| 4.                                                                                                 | Группа крови и Резус фактор                                                                                        | Без срока    |                                                                                                                                                                                |
| 5.                                                                                                 | Биохимический анализ крови                                                                                         | 7 дней       | Обязательные показатели: калий, натрий, хлор, общий белок, мочеви́на, креатинин, билирубин (фракции), АЛТ, АСТ                                                                 |
| 6.                                                                                                 | ЭКГ с заключением                                                                                                  | 1 мес.       | При наличии изменений на ЭКГ – необходимо предоставить заключение от врача детского кардиолога с разрешением на плановую операцию                                              |
| 7.                                                                                                 | Консультация стоматолога                                                                                           | 3 мес.       | Заключение о санации полости рта                                                                                                                                               |
| 8.                                                                                                 | Консультация оториноларинголога                                                                                    | 7 дней       | Заключение об отсутствии острых и обострении хронических заболеваний.                                                                                                          |
| 9.                                                                                                 | Консультации специалистов: детский кардиолог, невролог, аллерголог, детский эндокринолог, другие узкие специалисты | 3 мес.       | Если пациент состоит на диспансерном учете у врача указанной специальности, необходимо предоставить заключение данного специалиста с разрешением проведения плановой операции. |
| 10.                                                                                                | Заключение педиатра                                                                                                | 1 мес.       | об отсутствии противопоказаний к проведению оперативного лечения в плановом порядке                                                                                            |

| <b>!!!! ДОПОЛНИТЕЛЬНО !!!! ВЗРОСЛЫМ, ПОСТУПАЮЩИМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ (подлинники)</b> |                                                         |              |                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>№</b>                                                                                              | <b>Исследования</b>                                     | <b>Сроки</b> | <b>Примечание</b>                                                                                                                                                   |
| 1.                                                                                                    | Клинический анализ крови (развернутый) + тромбоциты+ЭДС | 7 дней       | Вместо стандартного клинического анализа крови                                                                                                                      |
| 2.                                                                                                    | Коагулограмма                                           | 7 дней       | Обязательные показатели: протромбиновый индекс (ПТИ), толерантность плазмы к гепарину (ТПГ), фибриноген, активированное частичное тромбоцитопластинное время (АЧТВ) |
| 3.                                                                                                    | Анализ крови на гепатиты: HBS a/г + HCV a/г             | 3 мес.       | При положительном результате заключение от врача инфекциониста о возможности проведения оперативного лечения                                                        |
| 4.                                                                                                    | Тест на ВИЧ                                             | 1 мес.       |                                                                                                                                                                     |
| 5.                                                                                                    | Группа крови и Резус фактор                             | Без срока    |                                                                                                                                                                     |
| 6.                                                                                                    | Биохимический анализ крови                              | 7 дней       | Обязательные показатели: калий, натрий, хлор, общий белок, мочеви́на, креатинин, билирубин (фракции), АЛТ, АСТ                                                      |
| 7.                                                                                                    | ЭКГ с заключением                                       | 1 мес.       | При наличии изменений на ЭКГ – необходимо заключение от врача кардиолога с разрешением на плановую операцию                                                         |
| 8.                                                                                                    | Влагалищный мазок на флору и АК                         | 10 дней      | Для поступающих в отделение гинекологии                                                                                                                             |