|  |  |
| --- | --- |
| **Памятка пациенту****для плановой госпитализации в****ГБУЗ НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ** |  |

Уважаемый пациент, если вы записаны на плановое хирургическое или консервативное лечение, вам необходимо на догоспитальном этапе пройти консультации  специалистов и сдать анализы по списку. **ВАЖНО!!** **Все анализы имеют срок годности, и начинать сдавать их нужно таким образом, чтобы они не были просрочены ко дню операции.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№п/п** | **Список анализов и заключений врачей** | **Срок годности** |
| **1** | **Клинический анализ крови** (эритроциты, гемоглобин, гематокрит, лейкоциты, тромбоциты, СОЭ) | **2 недели** |
| **2** | **Общий анализ мочи** | **2 недели** |
| **3** | **Биохимический анализ крови** (общий белок, билирубин+ фракции, креатинин, мочевина, АЛТ, АСТ, глюкоза, К+) | **1 месяц** |
| **4** | **Коагулограмма** (ПТИ, АЧТВ, МНО, фибриноген) | **1 месяц** |
| **5** | **Группа крови, резус-фактор**, Kell-антигены | **Без срока** |
| **6** | **Анализ крови на RW, ВИЧ, НВs Ag, HCV** | **1 месяц** |
| **7** | **ЭКГ с расшифровкой** (при наличии изменений на ЭКГ, показана повторная ЭКГ без отрицательной динамики не более 7 дней) | **1 месяц** |
| **8** | **Rg-графия легких** с описанием (или флюорография) | **6 месяцев** |
| **9** | Заключение **терапевта** | **1 месяц** |
| **10** | Заключение **стоматолога** | **1 месяц** |
| **11** | **Справка о прививках от кори** (индивидуально прививочное свидетельство) или **анализ крови на напряженность иммунитета** от кори | Без срока |
| **ОБСЛЕДОВАНИЯ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЯМ\*** |
| **12** | **КТ или Rg- графия околоносовых пазух** при эндоназальных вмешательствах | 1 месяц при отсутствии осложнений |
| **13** | **КТ или Rg- графия височных костей** при вмешательствах на ухе | 6 месяцев при отсутствии осложнений |
| **14** | **Мазок на флору из больного уха** | 1 месяц |
| **15** | **УЗДГ** при варикозной болезни нижних конечностей, заключение хирурга | 1 месяц |
| **16** | Заключение кардиолога при заболеваниях сердечно-сосудистой системы | 1 месяц |
| **17** | Заключение **гастроэнтеролога** и по показаниям ЭГДС при язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки в анамнезе | 1 месяц |
| **18** | Заключение **инфекциониста** при гепатите В, гепатите С или ВИЧ-инфекции | 1 месяц |
| **19** | Заключение **дерматовенеролога** при сифилисе | 1 месяц |
| **20** | **ФВД** с нагрузкой и консультация **пульмонолога** при наличии бронхиальной астмы, обструктивного бронхита | 1 месяц |

|  |  |
| --- | --- |
| **№п/п** | **Список документов, необходимых для госпитализации** |
| **1** | **Паспорт** - оригинал + 2 копии (страницы с фото и пропиской) |
| **2** | **Полис** ОМС (оригинал + 2 копии с двух сторон) |
| **3** | **СНИЛС** (номер или копия карточки) |
| **4** | Направление на госпитализацию формы 057/у – 04 срок действия 2 недели |

**\*Лечащим врачом и/или анестезиологом-реаниматологом могут быть назначены эти и другие дополнительные обследования и консультация для более точного определения операционно-анестезиологического риска.**