

**ПАМЯТКА ДЛЯ ПОСТУПАЮЩИХ НА ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. ЭНДОТРАХЕАЛЬНЫЙ НАРКОЗ**

№ п/п	НАИМЕНОВАНИЕ	СРОК ДЕЙСТВИЯ	ГДЕ ВЗЯТЬ	ПРИМЕЧАНИЕ	ОТМЕТЬСЯ НАЛИЧИЕ
<b>ДОКУМЕНТЫ</b>					
1	Страховой полис ребенка				
2	Паспорт для пациентов старше 14 лет				
3	Свидетельство о рождении для детей младше 14 лет				
4	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	
5	Нотариально заверенное согласие законных представителей на представление законных интересов ребенка в ЛПУ для пациентов младше 15 лет			<b>Только для третьих лиц</b>	
6	Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию профильного специалиста поликлиники (форма N 057/У-04) в ДГБ № 19 им. К. А. Раухфуса		Районная поликлиника	Проверьте наличие штампа и печати поликлиники	
7	Прививочный сертификат ребенка + ксерокопия				
8	Прививочный сертификат законного представителя (мать/отец/опекун) + 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	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 и об отсутствии противопоказаний к госпитализации	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	
<b>ОБСЛЕДОВАНИЯ</b>					
1	Биохимический анализ крови (АЛТ, билирубин, общий белок, К, Na, Са)	10 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
2	Клинический анализ крови + тромбоциты + ДК + ВСК	10 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
3	Анализ крови на Hbs, HScv антиген	6 месяцев	Поликлиника/ частная лаборатория		
4	Анализ крови на коагулограмму (АЧТВ, фиброген, протромбиновое время, МНО)	10 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
5	Анализ на группу крови и резус фактор	1 месяц	Поликлиника/ частная лаборатория		
6	Общий анализ мочи	10 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
7	Анализ кала на дизгруппу (для детей младше двух лет)	14 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
8	Анализ кала на я/глистов	10 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
9	Соскоб на энтеробиоз	10 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
10	Электрокардиограмма (лента + заключение)	1 месяц	Поликлиника/ частная клиника		
11	Обзорная рентгенография органов грудной клетки + заключение	3 месяца	Поликлиника/ частная клиника		
12	Рентгенограмма околоносовых пазух + заключение	1 месяц	Поликлиника/ частная клиника	Только для лор-отделения	
13	Флюорография законного представителя (мать/отец/опекун)	1 год	Поликлиника/ частная клиника		
<b>ХОЗЯЙСТВЕННО-БЫТОВЫЕ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ</b>					
1	Кружка, ложка, туалетные принадлежности				
2	Свободная одежда, тапочки				
3	Комплект чистого нательного белья свободного покроя для операционной				