



Перечень документов, клинических анализов, инструментальных исследований и консультаций специалистов для плановой госпитализации

Уважаемые пациенты, прочтите данную информацию полностью!

! Обратите внимание – все анализы и справки (инструментальные исследования и заключения специалистов) должны быть на отдельных бланках и заверены печатью лечебного учреждения

Все пациенты, имеющие хронические заболевания, должны иметь **заключение** узкого специалиста с указанием подробного диагноза, рекомендаций ведения в периоперационном периоде, заключение об отсутствии противопоказаний. Пациент может быть принят на лечение только в стадии компенсации по сопутствующей патологии и отсутствии противопоказаний!

При госпитализации необходимо иметь при себе следующие документы (оригиналы и их копии):

1. Приглашение на госпитализацию (направление или вызов Центра Илизарова)
2. Направление, выданное по месту жительства для пациентов, госпитализирующихся по ОМС в соответствии с Приказом Минздрава РФ №1363н
3. Паспорт (для ребенка до 14 лет свидетельство о рождении и свидетельство о регистрации по месту жительства)
4. Для иностранных граждан документ, удостоверяющий личность, документ подтверждающий право на пребывание в Российской Федерации (виза, миграционная карта, вид на жительство)
5. Для родителей (сопровождающих лиц): паспорт, СНИЛС, действующий страховой полис ОМС
6. Лицу, сопровождающему ребенка, госпитализируемого в Центр, иметь при себе **ДОВЕРЕННОСТЬ** от родителей на сопровождение, обследование и хирургическое лечение ребенка в Центре, заверенную нотариусом, а также все документы и анализы, перечисленные для родителей (сопровождающих лиц);
7. СНИЛС
8. Действующий страховой полис ОМС
9. Справку об инвалидности (при наличии)
10. Справку о постановке на регистрационный учет в качестве безработного (ой), выданная органами службы занятости (при наличии)
11. Следующий перечень обследований:

| <i>Анализы</i> | | |
|----------------|---|--------|
| 1 | Общий анализ крови, тромбоциты, лейкоциты (лейкоформула), СОЭ | 10 дн. |
| 2 | ПТИ, время свертывания, длительность кровотечения | 10 дн. |
| 3 | Коагулограмма, МНО | 10 дн. |
| 4 | Анализ мочи общий | 10 дн. |
| 5 | Анализ кала на яйца глистов | 14 дн. |
| 6 | Анализ кала на простозоозы | 14 дн. |
| 7 | Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, | 1 мес. |

| | | |
|--|---|--------|
| | сахар крови натощак, общий белок, альбумины, билирубин, С-реактивный белок-количественный показатель) | |
| 8 | Гликированный гемоглобин – пациентам, страдающим сахарным диабетом (показатель ниже 7,5%) | 1 мес. |
| 9 | Группа крови, резус фактор | - |
| 10 | Анализ крови на сифилис (RW) при наличии положительного результата необходимо иметь заключение венеролога с уточненным диагнозом, возможность пребывания в стационаре и оперативного лечения | 1 мес. |
| 11 | Анализ крови на ВИЧ, вирусные гепатиты В, С | 3 мес. |
| Инструментальные исследования | | |
| 1 | ЭКГ (пленка + описание) всем пациентам | 1 мес. |
| | ЭКГ (пленка + описание) при хронической сердечной патологии, гипертонической болезни | 10 дн. |
| 2 | ЭХО-кардиография – для лиц старше 65 лет | 3 мес. |
| 3 | УЗИ вен нижних конечностей с 18 лет (для операций на нижних конечностях и тазовом поясе) ! при изменениях на УЗИ обязательна консультация сосудистого хирурга для уточнения диагноза и допуска на оперативное лечение | 1 мес. |
| 4 | Флюорография органов грудной клетки с описанием с 15 лет | 1 г. |
| 5 | ФГДС (фиброгастродуоденография) ! при наличии в анамнезе эрозивно-язвенных заболеваний, при длительном приеме нестероидных/стероидных противовоспалительных препаратов | 1 мес. |
| Заключения специалистов | | |
| 1 | Заключение стоматолога о санации полости рта. Полость рта должна быть санирована. | 1 мес. |
| 2 | Заключение гинеколога (для девочек с 15 лет и женщин) о допуске на оперативное лечение | 1 мес. |
| 3 | Заключение кардиолога для лиц старше 65 лет о допуске на оперативное лечение | 1 мес. |
| 4 | Заключение терапевта (диагноз, перечень основных противопоказаний) о допуске на оперативное лечение | 1 мес. |
| 5 | Заключение педиатра (дети до 18 лет) о допуске на оперативное лечение | 1 мес. |
| 6 | Заключение фтизиатра (состоит или нет пациент на «Д» учете) о допуске на оперативное лечение | 1 мес. |
| 7 | Выписка от участкового терапевта/педиатра о состоянии здоровья, перенесенных заболеваниях, наличии хронических заболеваний с указанием регулярно применяемых препаратов и доз | 1 мес. |
| 8. | Для детей - сведения о вакцинации против кори (с 1-6 лет - однократно, с 6 лет- двукратно). При отсутствии сведений о вакцинации против кори, предоставить результат анализа крови на наличие противокорьевых антител (Ig G). При отрицательном или сомнительном результате, необходимо вакцинироваться против кори за 2 недели до госпитализации. Для взрослых пациентов - сведения о вакцинации против кори за последние 10 лет (при их отсутствии предоставить результат анализа крови на наличие противокорьевых антител (Ig G). При отрицательном или сомнительном результате, необходимо вакцинироваться против кори за 2 недели до госпитализации | |
| Для детей до 18 лет дополнительно | | |
| 1 | Анализа на кишечную группу если ребенку менее 2х лет | 14 дн. |

| | | |
|---|--|--------|
| 2 | Всем детям до 18 лет анализ кала на яйца глистов и простозоозы (цисты лямблий), соскоб на энтеробиоз | 14 дн. |
| 3 | Справка от педиатра об отсутствии контактов с инфекционными больными за последние 21 день | 3 дн. |
| 4 | Данные профилактических прививок форма 063/у – всем детям до 18 лет | 1 г. |
| 5 | Данные туберкулинодиагностики (реакция Манту или «Диаскентест») | 1 г. |
| 6 | Флюорография органов грудной клетки с описанием детям с 15 до 18 лет | 1 г. |
| 7 | Заключение ЛОР-врача (дети до 18 лет) о допуске на оперативное лечение | 1 мес. |
| 8 | ! справка из школы для обучения по школьной программе в период лечения в Центре Илизарова | |
| <i>Для сопровождающих лиц дополнительно</i> | | |
| 1 | Флюорография органов грудной клетки с описанием | 1 г. |
| 2 | Анализ крови на сифилис (RW) при наличии положительного результата необходимо иметь заключение венеролога с уточненным диагнозом, возможность пребывания в стационаре | 1 мес. |
| 3 | Анализ кала на яйца глистов и простозоозы | 14 дн. |
| 4 | Бактериологическое исследование кала на кишечные инфекции – для сопровождающим детей до 2х лет | 14 дн. |
| 5. | Сведения о вакцинации против кори за последние 10 лет (при их отсутствии предоставить результат анализа крови на наличие противокорьевых антител (Ig G). При отрицательном или сомнительном результате, необходимо вакцинироваться против кори за 2 недели до госпитализации | |
| <i>Дополнительно при наличии хронического заболевания, включая ДЦП</i> | | |
| 1 | <u>При заболевании щитовидной железы</u> – уровень гормонов щитовидной железы, УЗИ щитовидной железы, заключение эндокринолога о возможности оперативного лечения, рекомендации по препаратам и дозам | 1 мес. |
| 2 | <u>При пороках сердца, ИБС, нарушении сердечного ритма, ХСН. Сколиозе 3-4 степени</u> – ЭХО-КГ (эхокардиография), заключение кардиолога о возможности оперативного лечения, рекомендации по препаратам и дозам | 1 мес. |
| 3 | <u>При сахарном диабете</u> – уровень гликированного гемоглобина ниже 7,5%, заключение эндокринолога о возможности оперативного лечения, рекомендации по препаратам и дозам | 1 мес. |
| 4 | <u>При варикозной болезни сосудов нижних конечностей, атеросклеротической болезни, посттромбофлебитическом синдроме</u> – УЗДС сосудов нижних конечностей, заключение сосудистого хирурга о возможности оперативного лечения, рекомендации по препаратам и дозам | 1 мес. |
| 5 | <u>При ревматоидном артрите, системной красной волчанке, болезни Бехтерева, подагрическом артрите</u> - ревмофактор, СРБ, мочевая кислота, заключение ревматолога о возможности оперативного лечения, рекомендации по препаратам и дозам | 1 мес. |
| 6 | <u>При ишемическом/геморрагическом инсульте в анамнезе</u> – УЗДГ сосудов головного мозга, заключение невролога о возможности оперативного лечения, рекомендации по препаратам и дозам | 1 мес. |
| 7 | <u>При эписиндроме, эпилепсии</u> – ЭЭГ, заключение эпилептолога о возможности оперативного лечения, рекомендации по препаратам и дозам | 1 мес. |

| | | |
|----|--|--------|
| 8 | <u>При бронхиальной астме, ХОБЛ, миодистрофии, сколиозе 3-4 степени</u> – ФВД, консультация пульмонолога о возможности оперативного лечения, рекомендации по препаратам и дозам, ЭхоЭКГ, консультация кардиолога | 1 мес. |
| 9 | <u>При ранее перенесенной онкологии</u> – заключение онколога о возможности оперативного лечения, рекомендации по препаратам и дозам | 1 мес. |
| 10 | <u>При хронических заболеваниях почек</u> – УЗИ почек, заключение нефролога о возможности оперативного лечения, рекомендации по препаратам и дозам | 1 мес. |
| 11 | <u>При наличии кожных заболеваний (дерматиты, псориаз)</u> – заключение дерматолога о возможности оперативного лечения | 1 мес. |
| 12 | <u>При психических заболеваниях</u> – заключение психиатра о возможности оперативного лечения, рекомендации по препаратам и дозам | 1 мес. |
| 13 | <u>При туберкулезе в анамнезе</u> – заключение фтизиатра о возможности оперативного лечения, рекомендации по препаратам и дозам | 1 мес. |
| 14 | <u>При хронических заболеваниях пищеварительной системы</u> – заключение гастроэнтеролога о возможности оперативного лечения, рекомендации по препаратам и дозам | 1 мес. |

- Для пациентов с ДЦП - заключение невролога об отсутствии противопоказаний к оперативному лечению и даче наркоза. После приступа эпилепсии (клиническая ремиссия не менее 6 мес.) - **допуск эпилептолога.**
- Для пациентов с диагнозом **Гидроцефалия (состояние после ВПШ)** - осмотр и допуск нейрохирурга.
- Для пациентов с **Вывихом, Подвывихом бедра** (не ходячие дети ОМРС8 4,5 функциональный класс) обязательно **КТ** органов грудной клетки.
- Для пациентов со **сколиозами 3-4ст**, необходимо иметь данные **ФВД, ЭХО-КГ**, заключение кардиолога, заключение пульмонолога о возможности выполнения операции, рекомендации по периоперационному лечению.

Пациентам с **НЕРВНО-МЫШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (НМЗ):** СМА (спинально мышечная атрофия), ПМД (миодистрофия Дюшена), миопатия Бетлема, коллагенопатии, неутонченные миопатии, миодистрофии и т.д.

- Обследование или консультация в центрах, специализирующихся на НМЗ (давность обследования до 1 года).
- ЭКГ, холтеровское мониторирование, эхокардиография, заключение детского кардиолога, имеющего опыт работы с НМЗ.
- ФВД (спирография, пиковая скорость кашля), КТ легких с описанием, ночная пульсоксиметрия или ночной кардиореспираторный мониторинг, заключение пульмонолога, имеющего опыт работы с НМЗ.
- До оперативного лечения обязательно **выполнение дыхательной гимнастики**, упражнения с мешком АМБУ ежедневно!!!
- Если пациент **утратил способность ходить**, то на время госпитализации, операции и послеоперационного периода обязательно наличие и использование в течение не менее 1 мес. до операции: 1. Откашливатель (умение использовать, подобранные режимы, маска); 2. НИВЛ (умение использовать, подобранные режимы, маска, лучше две – лицевая и назальная, ежедневное применение до операции); 3. При использовании НИВЛ бак посев из зева и носа на флору и чувствительность к антибиотикам; 4. Денситометрия; 5.

Иммунизация вакциной против пневмококка и гриппа, согласно индивидуальному календарю прививок, не менее чем за 1 мес. до оперативного лечения.

Перечень основных противопоказаний для госпитализации на плановое оперативное лечение

1. Острое заболевание или обострение хронического заболевания.
2. Выраженные изменения в клинически анализах (Гемоглобин ниже 100г/л, СОЭ выше 40мм/ч, АСТ выше 100 е/Л, АЛТ выше 100 е/л, СРБ выше 25).
3. Ожирение 3 степени (ИМТ более 40).
4. Некомпенсированный сахарный диабет (гликированный гемоглобин выше 7,5%).
5. Некомпенсированная артериальная гипертензия (АД выше 160/100).
6. Не скорректированные нарушения ритма.
7. Перенесенный острый инфаркт миокарда давностью менее 6 мес.
8. Состояние после проведенного стентирования коронарных артерий, коронарного шунтирования ранее 12 месяцев.
9. Перенесенный ОНМК ранее 6 месяцев.
10. Острый тромбоз вен нижних конечностей ранее 6 месяцев.
11. Грубые острые или хронические психоневрологические расстройства.
12. Для эндопротезирования – неумение самостоятельно ходить (ходьба со вспомогательными средствами опоры).
13. Эрозивные, язвенные поражения ЖКТ.
14. Отсутствие заключения венеролога при положительной реакции Вассермана.
15. Отсутствие заключения фтизиатра при наличии в анамнезе туберкулеза.
16. Не санированная полость рта.
17. Наличие на коже трофических язв, пролежней, кожных высыпания в проекции предполагаемого оперативного вмешательства.
18. Наличие герпетических высыпания на коже, губах.
19. Наличие заразных инфекционных и паразитарных заболеваний.
20. После перенесенных ОРВИ и ОРЗ ранее 2 недель после выздоровления.
21. После перенесенного бронхита ранее 1 месяца после выздоровления.
22. После перенесенной пневмонии ранее 2 месяцев после выздоровления.
23. Введение живой пероральной полиомиелитной вакцины за 2 месяца до госпитализации
24. В течение месяца до операции не должны проводиться профилактические прививки (реакция Манту и «Диаскинтест» не являются прививками).

По вопросам, связанным с анализами, исследованиями и противопоказаниями, вы можете проконсультироваться: Приемное отделение корпус №1: +7 (3522) 45-30-80, Детский блок приемного отделения корпус №1: +7 919 -560-06-48, Приемное отделение корпус №2 (3522) 45-28-18

При невозможности госпитализации в назначенную дату необходимо сообщить специалистам вашего отделения, в этом случае возможен перенос даты.



При планировании госпитализации, пожалуйста, ознакомьтесь с Положением о порядке и организации госпитализации и важной информацией на странице "Госпитализация" сайта Центра Илизарова
<http://www.ilizarov.ru/article/procedure-for-admission>

Полезная информация о подготовке к госпитализации на нашем сайте <http://ilizarov.ru/>