

ПАМЯТКА ПАЦИЕНТУ
(детское отделение, стационар)

Дата госпитализации _____
ФИО пациента _____

Уважаемый пациент!

Вам планируется оперативное вмешательство в БУЗОО «Клиническая офтальмологическая больница им. В.П.Выходцева». Убедительная просьба, прочитать эту памятку до конца. **В случае отсутствия какого-либо из анализов и заключений, или не соответствия сроков годности, мы будем Вынуждены, отказать Вам в госпитализации**

Для подготовки и проведения операции ребенку необходимо:

Пройти обследования по месту жительства(бесплатно), частной клинике или в нашей больнице на платной основе.

Перечень анализов:

- 1.НВs Ag — действ.1 мес. (при положительном результате консультация врача -инфекциониста)
- 2.АнтиВГС (метод ИФА) — 1 мес.(при положительном результате консультация врача -инфекциониста)
- 3.Клинический развернутый анализ крови -действ. 2 нед.
- 4.Анализ на сальмонеллез + кишечная группа (детям до 3-х лет) -действ.2 нед.
- 5.Общий анализ мочи - действ. 2 нед.
- 6.Анализ кала на яйца глистов - действ.2 нед.
- 7.Флюорография либо рентгенография легких детям с 15 лет.(копия) — действ. 1 год
- 8.Заключение стоматолога (справка о санации полости рта) — 1 мес.
- 9.Заключение ЛОР-врача- 2 нед.
- 10.Заключение педиатра о состоянии здоровья и отсутствие в доме инфекций — действ. 3 дня
- 11.ЭКГ с описанием + пленка — 2нед.
- 12.Заключение невропатолога (полный диагноз с указанием лекарственной терапии)- действ. 1 мес.
- 13.Кровь на сифилис, метод ИФА суммарные антитела, или РПГА на сифилис — 6 мес. (при положительном результате — консультация врача-дерматовенеролога)
- 14.Кровь на микрореакцию — 6 мес.
- 15.ИФА на ВИЧ — 1 мес.
- 16.Копия прививочного сертификата

Сопровождающему, который госпитализируется с ребенком:

1. В случае, если ребенок младше 3 -х лет,: анализ на сальмонеллез + кишечная группа -действ.2 нед.
2. Анализ кала на яйца глистов - действ.2 нед.
3. Флюорография либо рентгенография легких (копия) — действ. 1 год
4. Для женщин: заключение гинеколога — действ. 1 мес.
- 5.Кровь на сифилис, метод ИФА суммарные антитела, или РПГА на сифилис — 6 мес. (при положительном результате — консультация врача-дерматовенеролога)
6. Копия прививочного сертификата

