

ФИО пациента: _____ Отделение: _____

ПАМЯТКА ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ. Для госпитализации обязательно:

1. Присутствие законного представителя ребенка (Федеральный Закон Российской Федерации от 21.11.2011г. № 323-ФЗ), т.е.:

- **одного из родителей** ребенка (мать, отец)
- **или иного лица (усыновитель, опекун, попечитель)**, уполномоченного законом представлять интересы ребенка в период его лечения на основании **нотариально заверенной доверенности или вступившего в законную силу решения суда.**

2. Документы

- | | |
|---|---------------------------------------|
| • свидетельство о рождении ребенка (до 14 лет) или его паспорт; | + ксерокопия данного документа |
| • паспорт одного из родителей или законного представителя; | + ксерокопия данного документа |
| • полис обязательного медицинского страхования ребенка; | + ксерокопия данного документа |
| • свидетельство о прописке (регистрации) ребёнка по месту жительства в г. Москве (форма №8) – при возрасте до 14 лет; | + ксерокопия данного документа |
| • полис обязательного медицинского страхования законного представителя, госпитализирующегося с ребенком; | + ксерокопия данного документа |

3. Медицинские документы

ребёнка:	законного представителя, госпитализирующегося с ребенком:
<ul style="list-style-type: none"> • справка о профилактических прививках; • справка от педиатра по месту жительства ребенка об отсутствии контактов с инфекционными заболеваниями в течение 21 дня - срок действия справки - 3 суток; • флюорография ребенка (для пациентов старше 15 лет) – срок действия 1 год; • анализ крови на HbsAg, HCV, ВИЧ и сифилис - срок действия 6 месяцев; • соскоб на энтеробиоз и кал на яйца глистов ребенка (кроме новорожденных детей до 28 дней жизни) – срок действия – 10 суток; 	<ul style="list-style-type: none"> • справка о профилактических прививках • флюорография – срок действия 1 год; • анализ крови на HbsAg, HCV, ВИЧ и сифилис - срок действия 6 месяцев;

4. Дополнительные анализы ребёнка

а. Операции или методы обследования (в т.ч., рентген-контрастные, МРТ, КТ) под аппаратно-масочным наркозом:

- Общий анализ крови с определением количества тромбоцитов, времени свертывания и кровотечения - действителен 14 дней;
- Общий анализ мочи - действителен 14 дней;
- Анализ на группу крови и резус-принадлежность;
- Электрокардиография (ЭКГ) с описанием - действительна 6 месяцев;

в. Операции или методы обследования (в т.ч. рентген-контрастные, МРТ, КТ) под местной анестезией:

- Общий анализ крови с определением количества тромбоцитов, времени свертывания и кровотечения - действителен 14 дней;
- Общий анализ мочи - действителен 14 дней;
- Анализ на группу крови и резус-принадлежность;

б. Операции под эндотрахеальным наркозом:

- Общий анализ крови с определением количества тромбоцитов, времени свертывания и кровотечения - действителен 14 дней;
- Общий анализ мочи - действителен 14 дней;
- Анализ на группу крови и резус-принадлежность;
- Электрокардиография (ЭКГ) с описанием - действительна 6 месяцев;
- Рентгеновский снимок органов грудной клетки — действителен 1 год;
- Биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, мочевины, креатинин, АЛТ, АСТ, глюкоза) — действителен 10 дней;

г. Операции/манипуляции без анестезии (зондирование носослезных канальцев и др.):

- Общий анализ крови с определением количества тромбоцитов, времени свертывания и кровотечения - действителен 14 дней;

На всех документах должны стоять печати выдавшего их учреждения. Не допускается плановая госпитализация детей с явлениями острого и обострением хронического инфекционного заболевания. ГБУЗ «НПЦ мед.помощи детям ДЗМ» оставляет за собой право отказать в госпитализации при отсутствии полного пакета документов, а также в случае, если госпитализация осуществляется ранее, чем через 60 дней после введения живой (принятой через рот) вакцины против полиомиелита!

Режим работы приёмного отделения: понедельник – пятница с 8³⁰ до 15⁰⁰

Госпитализация в дневной стационар: явка в приёмное отделение с 8.30 до 10.30	Госпитализация в круглосуточный стационар: явка в приёмное отделение с 11.00 до 14.30
--	--

ФИО врача _____ подпись _____ Дата госпитализации: _____ 201 г.